



Il vaso di Pandora

10

A cura di Laura Dalla Ragione e Paola Bianchini

Il Cesvol svolge le sue attività con risorse del Fondo Speciale per il Volontariato amministrato dal Comitato di gestione dell'Umbria e alimentato dalle seguenti Fondazioni bancarie:

*Fondazione Cassa Risparmio Perugia
Fondazione Monte Paschi Siena
Fondazione Cassa Risparmio Terni e Narni
Fondazione Cassa Risparmio Spoleto
Fondazione Cassa Risparmio Foligno
Fondazione Cassa Risparmio Orvieto
Fondazione Cassa Risparmio Città di Castello
Fondazione Cassa Risparmio Province Lombarde*

a cura di Laura Dalla Ragione e Paola Bianchini

Il vaso di Pandora

CESVOL
CENTRO SERVIZI PER IL VOLONTARIATO PERUGIA



ISBN 88-95132-41-6



9 788895 132419

Quaderni del volontariato

10

a cura di
Laura Dalla Ragione, Paola Bianchini

IL VASO DI PANDORA

**Disturbi del Comportamento Alimentare:
guida per familiari, amici, insegnanti e pazienti**

Futura

CESVOL
CENTRO SERVIZI
PER IL VOLONTARIATO
PERUGIA

Cesvol
Centro Servizi Volontariato
della Provincia di Perugia

Via Sandro Penna 104/106
Sant' Andrea delle Fratte
06132 Perugia
tel.075/5271976
fax.075/5287998
www.pgcesvol.net
cesvol@mclink.it
pubblicazioni@pgcesvol.net

Pubblicazione a cura di



*Con il patrocinio
della Regione Umbria*

Progetto grafico e videoimpaginazione
Chiara Gagliano

Stampa Grafiche Sabbioni, Trestina

© 2008 CESVOL
2008 FUTURA soc.coop.

ISBN 88-95132-41-6

I QUADERNI DEL VOLONTARIATO,
UN VIAGGIO ATTRAVERSO UN LIBRO NEL MONDO DEL SOCIALE

Il CESVOL, centro servizi volontariato per la Provincia di Perugia, nell'ambito delle proprie attività istituzionali, ha definito un piano specifico nell'area della pubblicistica del volontariato.

L'obiettivo è quello di fornire proposte ed idee coerenti rispetto ai temi di interesse e di competenza del settore, di valorizzare il patrimonio di esperienze e di contenuti già esistenti nell'ambito del volontariato organizzato ed inoltre di favorire e promuovere la circolazione e diffusione di argomenti e questioni che possono ritenersi coerenti rispetto a quelli presenti al centro della riflessione regionale o nazionale sulle tematiche sociali.

La collana *I quaderni del volontariato* presenta una serie di produzioni pubblicistiche selezionate attraverso un invito periodico rivolto alle associazioni, al fine di realizzare con il tempo una vera e propria collana editoriale dedicata alle tematiche sociali, ma anche ai contenuti ed alle azioni portate avanti dall'associazionismo provinciale.

I Quaderni del volontariato, inoltre, rappresentano un utile supporto per chiunque volesse approfondire i temi inerenti il sociale per motivi di studio ed approfondimento.

IL PALAZZO DELLA SPERANZA:

Certi inconvenienti nella vita sono come un campanello di allarme: abbiamo bisogno di aiuto, dobbiamo chiedere aiuto. A Todi, a Palazzo Francisci, c'è una "clinica dell'anima". L'avevamo dimenticata questa anima, e non si trovava più il sorriso, e neppure la forma della bellezza dei nostri figli. Ma un gruppo di amici ci ha accolti e ha riacceso la speranza. Ci ha aiutati a riscoprire la vera bellezza dei nostri figli, a partire dal loro cuore, dalla loro luce interiore. È ripresa la vita ed è tutta un'altra cosa.

Lo chiameremo il Palazzo della Speranza

+ P. Giovanni Scanavino, Vescovo - Diocesi Todi - Orvieto

INTRODUZIONE
Paolo Fringuelli
Presidente Associazione “Mi fido di te”

La nostra vita non è un percorso lineare, non è una strada a senso unico, spesso dobbiamo prendere delle deviazioni rispetto all’ itinerario iniziale. In una di queste deviazioni ho incontrato l’impegno nei confronti dell’Associazione “Mi Fido Di Te”.

È nata così per caso, se io credessi al caso, il mio legame con l’Associazione. Ma come vi ho annunciato, non credo al cieco caso, credo ad una volontà che si mette al servizio di un dolore e di una sofferenza che si riconosce non solo come propria.

Molte delle parole di questi genitori sono state le mie e molto dello sconforto, della fede, del coraggio e della paura che provano, è stato anche il mio, di mia moglie e della mia famiglia. In questo senso, la nascita dell’Associazione e la pubblicazione di questa guida è stata voluta per non lasciare nessuna domanda scandalosamente (ogni male resta scandaloso) senza risposta.

Le domande dei tanti genitori che affollano la sede dell’Associazione ogni sabato mattina, sono state la nostra guida e il vincolo di solidarietà che ci sostiene nel rinnovare il nostro impegno. Nessuna famiglia deve sentirsi sola, destinata ed abbandonata nel vivere un dolore così straziante: quello di consegnare i propri figli ad un nemico insidioso ed invisibile. Inizialmente ho pensato che da solo non avrei potuto fare niente: “Come faccio ad alleviare il dolore altrui?. Come potrò aiutare gli altri?.

Non ho nessuna abilità particolare”. Poi mi sono rassicurato pensando che non ci vogliono abilità particolari per mettersi al servizio degli altri e che nessuno si salva da solo o per sé solamente. Dobbiamo essere sognati da qualcuno per trovare la forza di resistere al male e alle sofferenze, ci deve essere qualcuno che crede in noi, anche quando noi non ci crediamo più. Pur essendo un uomo di fede (che si sforza di essere nella fede), penso che lo sforzo umano sia quello che più ci avvicina a Dio e in questo il mediatore resta lo sguardo dell’altro uomo.

Lo sguardo dell'altro mi guarda perché mi riguarda e ogni sofferenza si appella alla nostra umanità. Non si può girare lo sguardo di fronte al dolore degli altri, ancora di più che di fronte al proprio, dovremmo sentirci responsabili del dolore che c'è nel mondo, questo ci scava a fondo e ci interpella come uomini e fa di noi degli uomini.

Il vaso di Pandora, come abbiamo voluto chiamare il nostro progetto, per gli incontri di sostegno alle famiglie del sabato mattina; si richiama alla speranza, perché proprio la speranza, deve orientare le nostre scelte e lo sguardo sui nostri figli. Tuttavia "Pandora" non è solo un vaso rotto.

Il male è attuale, aggiornato, presente e attento, pronto a colpire in tempo reale. Noi, di contro: proveremo a promuovere un po' di bene, ogni attimo tutti i giorni senza stancarci dopo qualche ora perché è un istinto e un compito permanente se si istituisce il "contratto" con il modo, con la vita, con l'essere genitori.

Si può sbagliare per ignoranza ma non si può revocare l'impegno. Bisogna ricominciare e infinitamente riprovare e ricominciare. "Settanta volte sette perdonerai a tuo fratello" esorta il Vangelo, settanta volte sette dobbiamo tendere la mano ai nostri fratelli: che sono i nostri amici, le nostre mogli, i nostri nemici, i nostri figli. Questo per dire (a voi, ma per continuare a ripeterlo anche a me) che l'impegno che abbiamo verso noi stessi è quello che ci tiene legato agli altri uomini, e anche quando ci sentiamo scoraggiati, indifesi, abbandonati c'è sempre una mano che si protende per chiedere aiuto e in quell'aiuto ci salviamo.

Narra un racconto della tradizione ebraica; di un re il cui figlio abbandonò la sua dimora, il padre disperato continuava dalla sua casa a richiamare il figlio, il quale continuava a rispondere: "Non posso". Finché un giorno il padre lasciò la sua casa, si incamminò verso quella del figlio per aprire la strada al suo ritorno.

Questo, per raccomandare che il cambiamento che auspichiamo e attendiamo nei nostri figli deve prima avvenire in noi, altrimenti, avremo sofferto invano. Il mio grazie ai tanti genitori e alle famiglie che ci sostengono orientando e significando il nostro lavoro.

PRESENTAZIONE
Giuseppe Legato
DIRETTORE GENERALE ASL 2 DI PERUGIA

Il difficile compito di chi lavora oggi in Sanità è quello di coniugare l'appropriatezza degli interventi con la comprensione di bisogni di salute nuovi e sicuramente più complessi.

La ASL 2 dell'Umbria è stata tra le prime Aziende italiane a costruire una rete integrata di intervento per il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare: patologie nuove, in continua crescita, che riguardano ormai tanti giovani anche in Italia.

Le Linee Guida nazionali e internazionali ci indicano che sono necessari diversi livelli di assistenza (ambulatorio, trattamento residenziale, ospedalizzazione per l'acuzie). È necessario che siano tutti disponibili e coordinati tra loro, in modo tale che i pazienti e loro famiglie non debbano avere difficoltà nell'accesso alle cure. La ASL 2 ha sviluppato una rete di servizi articolata nei vari livelli di assistenza, mantenendo quindi quella continuità delle cure così importante per i cittadini.

L'ASL 2 dell'Umbria fin dal 2003, data di apertura della Struttura Residenziale Palazzo Francisci di Todi, struttura interamente dedicata al trattamento dei Disturbi dell'Alimentazione e realizzata in stretta sinergia con L'Ente Benefico Tuderte La Consolazione, ha consolidato e implementato questo modello di intervento.

Le parole chiave sono state sicuramente integrazione e innovazione: un problema nuovo, in forte crescita e in forme patologiche sempre diverse che esige risposte nuove, all'interno del Servizio pubblico. È di questo anno 2008 il progetto di allargamento dell'offerta terapeutica della ASL 2, con l'apertura di una nuova struttura situata presso l'Ospedale di Città della Pieve, dedicata al trattamento dell'Obesità e del Disturbo da Alimentazione Incontrollata, nuovi problemi di salute che esigono risposte specifiche e appropriate. Questo modello di intervento è stato imitato da altre regioni e la nostra ASL è attualmente coordinatrice di un progetto nazionale del Ministero della Salute e delle Politiche Giovanili dal titolo "*Le Buone Pratiche nel trattamento dei Disturbi del*

Comportamento Alimentare”, si tratta di una Ricerca Multicentrica che cercherà, a livello nazionale, di valutare l’impatto che queste nuove patologie hanno sui Servizi pubblici a loro dedicati. Da questo testo si comprende quanto sia davvero importante il ruolo delle Associazioni di Volontariato di pazienti e familiari, come l’Associazione Mi fido di te, all’interno del mondo della Sanità. Sono soggetti nuovi, che introducono il punto di vista del paziente, delle famiglie su ciò che ogni giorno la Sanità Pubblica cerca di offrire ai propri cittadini. L’ascolto di questi bisogni di salute fa parte ormai imprescindibile del nostro operare come amministratori ed è solo da questa sinergia (amministratori, operatori, pazienti e familiari) che il nostro lavoro può diventare davvero appropriato.

PREFAZIONE
Bruno Severi
PRESIDENTE ETAB
(ENTE TUDERTE DI BENEFICENZA LA CONSOLAZIONE)

L'Ente Tuderte di Beneficenza e Assistenza "La Consolazione", che sin dal 1249, svolge a Todi un'azione continua e capillare a favore dei poveri ed ammalati della città, ha abbracciato con entusiasmo l'idea di riconvertire Palazzo Francisci, uno dei più bei palazzi di Todi, dove dal secolo scorso venivano ospitate ragazze madri, sole e abbandonate, in Residenza per la cura e la riabilitazione di questo nuovo bisogno di salute: i Disturbi del comportamento Alimentare, vera e propria epidemia moderna.

È nata così, in sinergia con la ASL 2 di Perugia, la Struttura Palazzo Francisci di Todi.

Questo Centro, collocato all'interno dell'antico Palazzo Francisci al centro di Todi, prevede un'equipe di personale specializzato (psicologi, pediatri, nutrizionisti, psichiatri, filosofi, fisioterapisti, infermieri, dietiste) che svolge un programma integrato ed affronta in maniera intensiva una così difficile patologia.

I livelli di integrazione che hanno consentito la realizzazione di questo progetto, oggi all'avanguardia in Italia, sono davvero molti: il sociale e il sanitario (Comune di Todi, ETAB e ASL 2), l'Ospedale e il territorio (Presidio Ospedaliero di Todi, Azienda Ospedaliera di Perugia, Distretto 3 Media Valle del Tevere, Dipartimento Materno Infantile, Dipartimento di Salute Mentale, Servizio di Medicina Integrata), il sanitario e il privato sociale.

Nel 2007 tramite un accordo tra l'ETAB e l'Associazione dei familiari "Mi fi do di te" viene messo a disposizione delle pazienti dall'Ente un appartamento situato in uno dei più bei palazzi di Todi a S. Fortunato, gestito dall'Associazione stessa dei genitori.

Nell'appartamento vengono svolte attività di supporto per pazienti e genitori e vengono alloggiate pazienti che cominciano a sperimentare la propria autonomia o che debbano passare periodi brevi successivi al

ricovero. Sono quattro i posti letto a disposizione, la cucina, lo spazio comune e una grande terrazza che si affaccia sulla splendida Chiesa di S.Fortunato. Il tutto dentro alla città, con la possibilità di muoversi a piedi per qualsiasi spostamento. Ad arredare la casa ci hanno pensato i genitori stessi, usando anche i mobili vecchi restaurati da figli e figlie nel corso di restauro, che è uno dei laboratori di riabilitazione interni al centro di cura di Palazzo Francisci.

Si tratta di un ulteriore passaggio per le pazienti e i loro genitori verso una gestione riabilitativa meno sanitarizzata e più orientata verso il recupero delle funzioni sociali perdute.

Non a caso detta struttura è stata chiamata “La Casa di Pandora” in ricordo della leggenda mitica del “Vaso di Pandora”.

Si tratta di un progetto innovativo e di una ulteriore azione di supporto, che l’ETAB vuole dare a sostegno dei familiari e costituisce un punto di riferimento per quanti intraprendono il delicato viaggio verso la guarigione.

La ragione del nostro coinvolgimento nel sostenere la lotta ad una patologia così insidiosa, è un atto dovuto di solidarietà umana e sociale a tutte quelle famiglie investite dal problema.

È sotto gli occhi di tutti, non solo degli esperti, ormai la rilevanza che un tale fenomeno sta assumendo nella nostra società. Molti di questi familiari vivono lo sgomento di una patologia così insidiosa che lascia senza risposte o che sembra fallirle tutte.

Sotto questo segno, i familiari delle ragazze e dei ragazzi in cura a Todi seguono anche, da circa due anni, incontri in cui ogni settimana partecipano familiari provenienti da tutta Italia, che si confrontano sul mestiere difficile di essere genitori.

Vicini, in un progetto di promozione alla salute, eticamente orientato, risiede il nostro impegno.

L'AUGURIO

Laura Dalla Ragione, Paola Bianchini

Questo libro nasce dagli incontri con genitori e familiari di pazienti DCA presso la struttura Palazzo Francisci di Todi, residenza per la cura e la riabilitazione dei disordini alimentari.

Gli incontri nati per sostenere i genitori, si sono progressivamente trasformati nel sostenere temi legati alla genitorialità, al dolore, alla sofferenza che abita il mondo interiore di questi pazienti. Le tante voci che contribuiscono alla realizzazione del libro rappresentano la coralità degli intenti e dei percorsi di cura della residenza Palazzo Francisci.

Non ci eravamo rese conto di quanto fosse profondo il legame e la condivisione con le storie di tante famiglie e di quanto i genitori ci avessero insegnato, fino a quando non ci siamo messe a scrivere questo libro pensato e voluto per loro, a sostegno delle loro domande e dei loro problemi. È come se le storie e i volti di anni di lavoro terapeutico fossero emerse dalle cartelle cliniche e avessimo potuto riabbracciarli con un unico sguardo.

Niente va perduto delle esperienze profonde della vita; genitori che abbiamo sostenuto nella lotta ad un disturbo così insidioso riemergono per indicarci ancora la strada da fare e per sostenerci nel nostro impegno quotidiano. Certo, non sempre il rapporto tra genitori, familiari e pazienti è idilliaco; fortemente ambivalente vive le sue forti contraddizioni.

Da un lato, i genitori ci consegnano il loro bene più prezioso, i loro figli sperando nel nostro aiuto, dall'altro lato, non capiscono perché il loro amore non li salvi, perché non basti.

Di fatto, la loro domanda è legittima anche se mal posta: il loro amore può salvarli, ma non può far nulla per guarirli. La guarigione appartiene ad un'altro ordine di idee, così come la salvezza e ciò che funziona in un piano è inefficace nell'altro, basta saperlo, chiamare le cose con il proprio nome e non attendersi l'impossibile, ricordando che: *ciò che è impossibile nell'oggi, non è destinato ad esserlo nel domani.*

La vita è in ogni attimo. Sta ai nostri piedi, dobbiamo solo entrare in essa. Non ha bisogno di una lunga preparazione, il passo successivo è già un passo nella vita; chi sa vivere nel presente, con l'impegno del presente percepirà che in quel momento, tempo ed eternità si sovrappongono. L'augurio che cerchiamo di porgere alle nostre pazienti e alle loro famiglie, è qualcosa che è sempre possibile rinnovare, non rappresenta un congedo frettoloso da loro, dalle loro storie, dai loro volti. Questo è il motivo perché li ricordiamo tutti, perché a quei volti è legato un percorso, il loro e il nostro, itinerario che dopo aver affrontato le disillusioni, le difficoltà, che ogni percorso terapeutico comporta, restituisce ogni vita ad una ricchezza esistenziale: quella pienezza che una famiglia, una persona, ottengono dopo aver lottato per il proprio esistere. Come ammonisce Socrate, una vita che non è stata messa alla prova non è un'autentica vita, nella stessa maniera anche una famiglia: una famiglia che ha affrontato la prova del dolore, della rinuncia, della disillusione è, in maniera ancora più vera, una famiglia; solo dopo questa prova, infatti, si è in grado di misurare la forza e la tenuta di certi equilibri.

Guai a considerare il percorso nel dolore, come un momento di squilibrio della propria vita, qualche cosa che dobbiamo superare e magari il più velocemente possibile. Il dolore si supera con il dolore, cioè con la capacità di sostare in quella negatività sapendo che uno dei compiti più importanti dell'uomo rimane quello di affrontare il male.

I nostri figli vengono educati dall'esempio più che dalle nostre parole e se ci dimostriamo timorosi, paurosi nell'assumerci l'impegno di governare la nostra vita, penseranno che è giusto temere le difficoltà e cercheranno facili rifugi e false scorciatoie per non soffrire.

Abbiamo bisogno di genitori coraggiosi, che non si scoraggino di combattere il male e la malattia, il loro esempio segnerà il passo del percorso dei loro figli, darà loro la direzione e indicherà la via d'uscita. Le teorie che vedevano la famiglia tra gli imputati del Disturbo da Comportamento Alimentare sono state abbandonate, tuttavia i familiari sono considerati tra i fattori di mantenimento di questo disturbo. Se non cambierete il vostro sguardo, i vostri figli continueranno a specchiarsi nel ruolo di malati, dove hanno, è sempre bene ricordarlo, trovato delle buone ragioni per stare.

La malattia è anche un grido di aiuto, il tentativo di richiamare a sé qualcuno, qualcosa che stava sfuggendo di mano, è l'entrata dentro un tunnel di cui non si intravede l'uscita: i genitori per primi devono richiamare alla vita quei figli che hanno smarrito la via.

Tutti i nostri figli vengono rimessi al mondo molte volte, non gli diamo la vita una volta per tutte, ma ogni volta che ci assumiamo il compito di educarli, di stare in ascolto della loro esistenza, di fare muro tra loro e l'impatto della vita, ecco in quel momento li stiamo nuovamente mettendo al mondo.

Perché abitare un mondo è trovare delle ragioni, dei valori per crederci e per poterlo condividere insieme; quando riusciamo a strapparli alla noia di vivere, alla povertà delle idee e dei sentimenti, in quel momento i nostri figli rinascono insieme a noi. Il nostro augurio disegna il senso del nostro lavoro e della nostra lotta, fianco a fianco ai genitori e ai loro figli, amici e complici della stessa visione: tutti abbiamo visto in quei volti il mistero e la bellezza di ciò che avranno il coraggio di divenire.

CAPITOLO I

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

I.1 Cosa sono i Disturbi del Comportamento Alimentare

Laura Dalla Ragione

Io non voglio il mondo o soldi, non voglio nemmeno che gli altri si ricordino di me o mi dimentichino, voglio il mio presente visto che il passato è come uno specchio in frantumi. Guardo le mie ferite e mi dico: oggi non doveva andare così, non dovevo picchiarmi, tagliarmi nemmeno e non dovevo trasformare la mia tristezza in rabbia.

(Sara, 17 anni Marzo 2005)

I Disturbi del Comportamento Alimentare vengono principalmente suddivisi in Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Disturbo da Alimentazione Incontrollata, e Disturbi non Alimenti Specificati. Come diciamo spesso alle nostre pazienti vi è un punto in comune tra tutti i Disturbi, a prescindere dal peso, e cioè l'intensa ideazione sul cibo e forme corporee. Questa ideazione, pensiero fisso e ossessivo costituisce il vero nucleo psicopatologico di tali Disturbi. Nella seconda metà del '900 nell'emisfero occidentale con la diffusione di Disordini del Comportamento Alimentare il cibo e il corpo si trasformano, per milioni di giovani, in nemici. Accade qualcosa che non è solo connesso all'insorgere di una patologia, al cambiamento di stili di vita e modelli culturali, ma forse più intimamente collegato alla difficile strutturazione dell'identità nei giovani di questo nostro mondo. I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) costituiscono oggi una vera e propria epidemia sociale [Gordon 1990]¹ che non sembra in questo momento trovare un argine alla sua crescita esponenziale.

¹ AR. Gordon *Anoressia e bulimia, anatomia di un'epidemia sociale* Ed Cortina 1990

Due milioni di ragazzi in Italia soffrono di questi disturbi e decine di milioni di giovani nel mondo si ammalano ogni anno. Per ogni 100 ragazze in età adolescenziale, 10 soffrono di qualche disturbo collegato all'alimentazione, 1-2 delle forme più gravi come l'Anoressia e la Bulimia, le altre in manifestazioni cliniche transitorie e incomplete.

L'incidenza della patologia del comportamento alimentare, i numeri sconcertanti che sono sotto i nostri occhi ogni giorno, ci hanno costretto a rivedere anche molte delle idee sulla eziologia del disturbo e sulle sue trasformazioni.

I.2 Il cibo come nemico:

classificazione dei principali Disturbi dell' Alimentazione

Laura Dalla Ragione

Il termine anoressia deriva dal greco *àn* e *òrexis* che letteralmente si può tradurre come mancanza di appetito; in realtà il vocabolo risulta essere improprio dal punto di vista epistemologico se utilizzato per indicare un disturbo alimentare come l'anoressia, in quanto, questa non implica una perdita di appetito ma un rifiuto prolungato e sistematico del cibo.

CRITERI DIAGNOSTICI PER ANORESSIA NERVOSA

TRATTA DA DSM-IV, DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDER. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.

- A. Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura (per esempio perdita di peso che porta a mantenere il peso corporeo al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto, oppure incapacità di raggiungere il peso previsto durante il periodo della crescita in altezza, con la conseguenza che il peso rimane al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto).
- B. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso.
- C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso.
- D. Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno 3 cicli mestruali consecutivi (una donna viene considerata amenorroica se i suoi cicli si manifestano solo a seguito di somministrazione di ormoni, per es. estrogeni).

Con Restrizioni: nell'episodio attuale di Anoressia Nervosa il soggetto non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per esempio vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi).

Con Abbuffate/Condotte di Eliminazione: nell'episodio attuale di Anoressia Nervosa il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi).

Normalmente una persona, avrebbe bisogno per vivere in buona salute, secondo i dietologi, di almeno 2000 calorie giornaliere; in genere l'espressione "dieta da fame" si riferisce ad un regime di 900 calorie al giorno. Una persona anoressica può arrivare fino a 320 calorie giornaliere!. Non si può semplicemente parlare di un disturbo dell'appetito, la privazione del cibo non è che il sintomo più palese di un disagio che ha radici profonde.

Quando si parla di disturbi alimentari in generale, non si intende solo l'anoressia ma tutte quelle patologie che sono strettamente connesse all'alimentazione, quindi per esempio anche la bulimia (che letteralmente significa fame da buie) o Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata. Anzi, possiamo dire che nei disturbi alimentari bulimia e anoressia non sono fenomeni slegati ma manifestazioni diverse di uno stesso disturbo; non ci si può privare completamente di cibo per lungo tempo, per questo la persona anoressica può andare soggetta a crisi bulimiche cicliche, in cui le enormi quantità di cibo ingurgitate vengono poi eliminate attraverso vomito autoindotto.

CRITERI DIAGNOSTICI PER BULIMIA NERVOSA

TRATTA DA DSM-IV, DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDER. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.

- A. Ricorrenti abbuffate. Una abbuffata è caratterizzata da entrambi i seguenti elementi:
- 1) mangiare in un definito periodo di tempo (ad es. un periodo di due ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo ed in circostanze simili;
 - 2) sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (ad es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).
- B. Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclistmi o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo.
- C. Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno due volte alla settimana, per tre mesi.
- D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei.
- E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di Anoressia Nervosa.

Specificare il sottotipo:

- Con Condotte di Eliminazione: nell'episodio attuale di Bulimia Nervosa il soggetto ha presentato regolarmente vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi.
- Senza Condotte di Eliminazione: nell'episodio, attuale il soggetto ha utilizzato regolarmente comportamenti compensatori inappropriati, quali il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, ma non si dedica regolarmente al vomito autoindotto o all'uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi.

Quello che però è immediatamente chiaro, è che il cibo, nel senso in cui lo intendiamo noi, non ha alcun collegamento con questo tipo di disturbi. Non si mangia troppo o troppo poco, ma si usa il cibo, privandose-ne o abusandone, per ragioni che hanno più a che fare con l'identità psichica che con l'introito calorico quotidiano. Non dobbiamo scordarlo mai, anche di fronte a volti emaciati o abbuffate da 30.000 calorie, perché altrimenti rischiamo di confondere e non intercettare il nucleo centrale della psicopatologia.

L'origine e il decorso dei DCA sono determinati da una pluralità di variabili (eziologia multifattoriale), nessuna delle quali, da sola, è in grado di scatenare la malattia o influenzarne il corso e l'esito. Una loro piena comprensione deve tenere in considerazione fattori psicologici, evolutivi e biologici. Non è ancora ben noto il ruolo di alcune condizioni antecedenti presenti fin dalla nascita o dall'infanzia, come ad esempio la vulnerabilità genetica, l'ambiente familiare e le esperienze traumatiche. In molti casi alcune caratteristiche individuali, quali il perfezionismo, la bassa autostima, la regolazione delle emozioni, l'ascetismo e le paure legate alla maturità psicologica, precedono l'esordio dei DCA. Sicuramente i fattori socio-culturali sono implicati nel favorire lo sviluppo di questi disturbi e in particolare per il ruolo esercitato dalla nostra cultura che vede nella magrezza un valore da perseguire a qualsiasi costo ed a qualsiasi età.

Ogni epoca ha la sua malattia e non c'è dubbio che i Disturbi del Comportamento Alimentare si prestano a rappresentare in modo straordinario questa nostra epoca. Connessi come sono all'immagine corporea, al significato del cibo, all'ossessione per l'apparire. Sono disturbi connessi fortemente alla visione del mondo del nostro tempo, per questo spaventano e attirano nello stesso tempo. Non si devono confondere, però, gli effetti patoplastici della cultura, quelli cioè che modellano la forma che prendono i sintomi, con i processi patogenetici, quelli che provocano le malattie. L'attenzione estrema all'immagine corporea, il culto della magrezza non sono "la causa" dei disturbi alimentari.

La loro funzione sembra soprattutto quella di suggerire la strada attraverso la quale un malessere più profondo, grave, strutturale si esprime e cerca una sua definizione. In questo senso viene usata la parola patoplasticità: i disturbi sono plastici, adattabili, flessibili ai decorsi storici.

La forma che essi assumono è effetto del contesto specifico nel quale si iscrivono. Fattori patoplastici sono tutti quelli che concorrono a delineare la fenomenologia del malessere, senza tuttavia determinarlo; essi esercitano, diversamente dai fattori causali (che nella patologia in questione, così come in molte altre patologie psichiche, rimangono elusivi), un'azione predisponente, modellante e formativa. Emerge nello stesso tempo una certa variabilità delle forme patologiche, una molteplicità irriducibile di forme e presentazioni, di ritmi, di decorsi evolutivi che variamente si completano, si contrappongono, si implicano. Il problema della creazione di nuove forme patologiche, o meglio di nuove strutture patologiche, appare inestricabilmente connesso con il problema delle ricorrenti ricombinazioni, secondo modalità di volta in volta differenti, di questi tempi, di questi ritmi, di queste direzioni evolutive. Rintracciamo all'interno di questi disturbi una serie di analogie con altre patologie, ma nello stesso tempo la qualità psicopatologica delle sindromi ci appare come irriducibile alle conosciute nosografie.

I.3 Perché una patologia al femminile? *Laura Dalla Ragione*

Nei Disturbi del comportamento alimentare c'è un'evidenza a favore di fattori storici facilitanti l'espressività di fattori naturali del disturbo. Le pressioni sociali agiscono attraverso i messaggi contraddittori sul ruolo della donna comunemente filtrati dai mass-media e dagli imperativi sociali subliminali: la si vorrebbe votata ai valori della famiglia e della casa (come la donna di ieri), ma le vengono richieste, oltre alle doti di tipo più tradizionale, anche i caratteri dell'autonomia e dell'indipendenza-competitività, tipicamente maschili. Questo primo livello contribuisce a creare un autentico disagio psicologico in soggetti vulnerabili, che viene amplificato dalla preferenza, questa volta più evidente, per l'immagine della donna magra e scattante.

Sull'influenza dei modelli culturali alcune riflessioni sono d'obbligo. I modelli percettivi e cognitivi hanno teorizzato il ruolo dei fattori socio-culturali esclusivamente in termini di "pressione a favore della magrezza"; il significato dell'ideale della snellezza è stato spesso ignorato come forma culturale, espressione di ideali, ansie e mutamenti sociali

molto più profondi di quelli puramente estetici. Ma la questione non è poi così semplice. I media e l'industria culturale vengono regolarmente interpretati come il solo nemico capace di assoggettare giovani donne passive e influenzabili, ed ora anche giovani uomini apparentemente più aggressivi e intraprendenti.

Perché la magrezza sia divenuta un ideale culturale dominante nel ventesimo secolo è oggetto di discussione; per il sesso femminile l'anoressica incarna, in modo estremo, una battaglia psicologica tipica della situazione attuale delle donne, una situazione in cui l'azione congiunta di fattori sociali, economici e psicologici diversi ha prodotto una generazione di donne che si considerano piene di difetti, si vergognano delle proprie esigenze e non si sentono autorizzate a esistere, se non a condizione di trasformare se stesse in persone nuove e degne (cioè senza esigenze, senza bisogni, senza corpo). L'anoressia rappresenta uno degli estremi di un *continuum* sul quale oggi si trovano tutte le donne, in quanto tutte più o meno vulnerabili alle esigenze della costruzione culturale della femminilità, per cui la cultura – la quale opera non solo mediante l'ideologia e le immagini, ma anche mediante l'organizzazione della famiglia, la costruzione della personalità, l'educazione della percezione – non concorre semplicemente all'insorgere dei disturbi alimentari ma addirittura ha un ruolo preminente nel produrli.

Ne sono conferma di ciò due aspetti singolari dei disturbi del comportamento alimentare: in primo luogo, essi sono molto più frequenti nella popolazione femminile (circa il 90% delle persone che ne soffrono è composto da ragazze o donne); in secondo luogo, i disturbi alimentari rappresentano un fenomeno culturalmente e storicamente situato: nelle società industriali avanzate degli ultimi cento anni circa. Nel corso della storia, sporadicamente, sono stati documentati diversi casi isolati, ma è solo nella seconda metà dell'Ottocento che una sorta di contenuta epidemia di anoressia mentale viene menzionata per la prima volta nei resoconti medici; e una tale frequenza scompare di fronte allo straordinario dilagare dell'anoressia e della bulimia negli anni ottanta e novanta del nostro secolo.

Il quadro delineato quindi solleva dubbi sulla possibilità di potere designare l'anoressia e la bulimia secondo criteri strettamente clinici, ponendo invece l'accento sul carattere acquisito, culturalmente deter-

minato, di tali disturbi e ridefinendo il ruolo della cultura in termini di fattore primario nella produzione dei disturbi del comportamento alimentare, e non di fattore scatenante o concomitante. La cultura non ha solo insegnato alle donne a essere *corpi insicuri*, continuamente alla ricerca su se stessi di segni d'imperfezione; ha anche insegnato alle donne (e agli uomini) a vedere il corpo in un certo modo: la magrezza è stata sempre decantata come un pregio da un punto di vista estetico, ogni curva e rotondità finisce per essere vista come sgradevole, come grasso inestetico che deve essere eliminato; alla luce di questa analisi, non è che l'anoressica percepisca in modo errato il proprio corpo, piuttosto ha appreso perfettamente gli standards culturali dominanti relativi al modo in cui percepirlo. La nostra è una cultura in cui le diete rigide e l'esercizio fisico intenso sono continuamente intrapresi da un numero sempre più alto di ragazze sempre più giovani: addirittura di sette o otto anni, secondo alcune ricerche; in altre parole la nostra società sta producendo una generazione di donne giovani e privilegiate con gravi disturbi mestruali, nutrizionali e mentali.

Ma come può un'analisi culturale spiegare il fatto che i disturbi del comportamento alimentare si manifestano solo in alcuni individui, benché tutti siamo soggetti alle stesse pressioni socio-culturali? In realtà non siamo esposti tutti "alle stesse influenze culturali"; ciò cui tutti siamo esposti, piuttosto, sono le immagini e le ideologie omogenizzanti e normalizzanti relative alla femminilità e alla bellezza femminile. Tali immagini premono a favore della conformità ai modelli culturali dominanti, ma l'identità individuale non si forma soltanto attraverso l'interazione con tali immagini, per quanto potenti possano essere. Le particolari configurazioni (appartenenza etnica, posizione socio-economica, fattori genetici, educazione, famiglia, età e così via) da cui risulta la vita di ciascuno sono ciò che determina il modo in cui ogni singola donna viene influenzata dalla nostra cultura. L'identità di ognuno di noi si costruisce a partire da vincoli genetici, morfologici, culturali, familiari, psichici, che insieme determinano la nostra posizione nel mondo e la nostra libertà.

Ma ancora più fortemente questi disturbi sono ancorati alla visione del mondo più diffusa in questa parte del mondo occidentale. È questo che ci spiega perché queste pazienti sono così tenacemente attaccate al loro sintomo, anche se le porta alla morte.

I.4 Una nuova declinazione del problema:

il Disturbo da Alimentazione Incontrollata *Laura Dalla Ragione*

Una fame senza fine

Una nuova declinazione dell'ossessione per il cibo e le forme corporee compare negli anni 90 e dilaga rapidamente, fino a trovare dignità nosografica nell'ultima edizione del DSM-IV come Disturbo da Alimentazione Incontrollata (Binge Eating Disorder). Una identità sempre più agganciata all'immagine corporea, un'offerta di cibo esasperata, l'enfatizzazione delle forme corporee e della magrezza, l'aumento dell'incidenza dell'obesità creano i presupposti per questo disturbo, nuovo e insidioso.

La denominazione inglese "Binge Eating Disorder" fu coniato negli anni 50 da Hyman Cohen, un professore di liceo in cura presso Albert Stunkard, psichiatra e studioso di obesità a Yale, per descrivere una modalità di alimentarsi sfrenata ed esagerata. L'espressione "Binge Eating" nasceva, per analogia, da "binge drinking", perdere la misura del bere e alzare il gomito, e segnalava la caratteristica peculiare e l'aspetto che maggiormente esprimeva la psicopatologia di questo disturbo: la perdita di controllo e talvolta il vero e proprio stato di "trance" caratteristici delle crisi di abbuffata, così come descritti dagli stessi pazienti.

TABELLA 1 - CRITERI DI RICERCA PER IL DISTURBO DI ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA.

TRATTA DA DSM-IV CRITERI DI DIAGNOSI PER IL DISTURBO DI ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA.

TRATTA DA DSM-IV, DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS.

- | | |
|----|--|
| A) | Episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata. Un episodio di alimentazione incontrollata si caratterizza per la presenza di entrambi i seguenti elementi:
mangiare, in un periodo definito di tempo (ad es. entro due ore), una quantità di cibo assai superiore a quella che la maggior parte delle persone mangerebbe in un periodo di tempo e in circostanze simili;
- sensazione di perdita del controllo nel mangiare durante l'episodio. |
| B) | Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati con tre (o più) dei seguenti sintomi:
- mangiare molto più rapidamente del normale;
- mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni;
- mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati;
- mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando;
- sentirsi disgustato verso se stesso, depresso o molto in colpa dopo le abbuffate. |
| C) | È presente marcato disagio riguardo al mangiare incontrollato. |
| D) | Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, mediamente, almeno per 2 giorni alla settimana in un periodo di 6 mesi. |
| E) | L'alimentazione incontrollata non risulta associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti inappropriati (es. digiuno, vomito, esercizio fisico prolungato, purganti). |

La relazione tra obesità e BED appare molto stretta: ben l'8% delle donne in sovrappeso nella popolazione generale soddisfa i criteri per la diagnosi di BED. Questo dato ci segnala che, se obesità e BED non sono sovrapponibili, sicuramente un cattivo rapporto con il cibo e il peso costituisce un fattore di rischio per lo sviluppo di un Disturbo da Alimentazione Incontrollata.

Il Disturbo da Abbuffata Compulsiva colpisce ormai varie fasce di età: osserviamo oggi una sua diffusione anche tra preadolescenti, spesso bambini, dove si accompagna a Disturbi del Comportamento e dell'Umore, Enuresi notturna, attacchi di panico, fobie. Ma esso può comparire anche in età adulta, dopo i 45 anni, in donne che non avevano mai sofferto prima di Disordini Alimentari, e in questo caso appare soprattutto insieme ad un profonda depressione.

Non vi sono classi sociali o fasce culturali colpite con particolare frequenza: insegnanti, professioniste, operaie, ragazzine e giovani adolescenti si fermano, tornando a casa, per fare scorta di cibi dolci, che poi consumano in solitudine, di nascosto da amici e familiari, con la sensazione di fare qualcosa di sporco, di cui vergognarsi.

Il Disturbo da Abbuffata Compulsiva viene distinto dalla Bulimia solo negli anni 90, e in questa nuova sindrome vengono fatti rientrare tutti i casi in cui i soggetti mettono in atto i tipici comportamenti di abbuffata, ma non usano il vomito autoindotto.

Stato di trance alimentare

Christopher Fairburn individua e descrive dettagliatamente, in un lavoro del 1993, le caratteristiche del mangiare compulsivo. Oltre agli elementi considerati, dove la perdita del controllo viene identificata con velocità nel mangiare, sensazione di pienezza eccessiva, introduzione di grandi quantitativi di cibo in assenza della sensazione di fame, segretezza nell'atto del mangiare, disgusto e ribrezzo verso se stessi, Fairburn descrive stati di ansia e forte agitazione, manifesti anche dal punto di vista motorio, e ancora uno stato alterato di coscienza. Le pazienti infatti si descrivono come se fossero in trance, come se fosse qualcun altro a mangiare al posto loro. L'abbuffata s'innescava come un comportamento automatico, ma può ben conciliarsi anche con attività

quali guardare la televisione, ascoltare musica, distrarsi, e altre ancora dove non sia necessario pensare. I cibi che vengono ricercati durante questi episodi sono prevalentemente dolci ad alto contenuto di grassi. Anche i carboidrati sono presenti, ma non in proporzioni esorbitanti rispetto alla loro normale assunzione durante gli altri pasti. In definitiva, vengono preferiti proprio quei cibi che la persona di solito non si concede perché li considera “pericolosi” dal punto di vista calorico. Quanto all’apporto energetico, la maggior parte degli studi individua il range di calorie introdotte durante un’abbuffata come variabile tra le 3000 e le 30000 kilocalorie (per intenderci ad esempio 7 panettoni natalizi). Generalmente le pazienti durante i pasti principali, soprattutto insieme agli altri, cercano di non mangiare.

Evidentemente, quando non vanno incontro a perdita di controllo, le pazienti evitano di mangiare, per esplodere poi in vere e proprie crisi. È interessante notare i principali antecedenti della crisi di abbuffata:

- sensazioni spiacevoli di tensione, ansia, depressione;
- sentirsi grassi (l’autosvalutazione che deriva dal percepire come grasso il proprio corpo può facilmente portare all’attacco bulimico);
- incremento di peso (anche il minimo incremento di peso può innescare la sensazione di aver perso il controllo, e di conseguenza una perdita di controllo reale);
- condotta di restrizione e fame che ne deriva (la privazione del cibo porta a giustificare un minimo “sgarro”, che poi, per le ragioni già esposte, si traduce in abbuffata);
- infrazione di una regola dietetica (quanto più le regole sono rigide ed escludono un sempre maggior numero di alimenti, tanto più sono a rischio di venire infrante);
- mancanza di un’adeguata organizzazione del proprio tempo;
- solitudine e noia;
- tensione premestruale;
- utilizzo di alcolici (in generale, l’alcool allenta l’autocontrollo, rendendo dunque più vulnerabile e debole la capacità di giudizio, così da far sottovalutare la gravità delle conseguenze).

Per quel che riguarda invece i vissuti che riguardano l’episodio di abbuffata, essi vengono descritti come positivi, se considerati nel breve o brevissimo termine: si andrebbe incontro infatti alla riduzione del

senso di ansia e della fame con la conseguente sensazione di sollievo. Ben presto, tuttavia, hanno il sopravvento le emozioni negative: depressione, disgusto (per aver mangiato cibo avanzato da altri o irrancidito), vergogna e senso di colpa. Molto frequenti sono anche le sensazioni fisiche di stanchezza e mal di stomaco o di sonnolenza improvvisa.

Tutto il rituale dell'abbuffata si svolge in segreto. I genitori trovano scorte di cioccolata e di biscotti sotto il letto, i frigoriferi vuoti al mattino, le dispense saccheggiate. Solitamente, scatta un meccanismo di negazione e bugia, da parte della paziente, che vorrebbe dimenticare tutto quello che ha mangiato.

Complicazioni Mediche dei Disturbi del Comportamento Alimentare

I Disturbi del Comportamento Alimentare sono patologie severe e fortemente dannose, con moltissime complicazioni internistiche e psichiatriche, a volte irreversibili. L'insorgenza di numerose complicazioni mediche è da attribuirsi sia allo stato di malnutrizione che al ricorso ai cosiddetti "meccanismi di eliminazione" quali vomito o abuso di diuretici o impiego di lassativi, e sono tra le maggiori responsabili dell'aumentata mortalità nelle pazienti affette da disturbi del comportamento alimentare. Soprattutto per le pazienti bulimiche, il cui normopeso ne rende più difficile l'individuazione, è molto più facile che siano incontrate prima da specialisti di altre aree mediche per richieste di cura delle complicanze insorte: medici di base, internisti, gastroenterologi, dermatologi, dentisti divengono quindi collaboratori preziosissimi per effettuare una diagnosi precoce ed iniziare un progetto di cura tempestivo. Turbe dell'equilibrio acido base e alterazioni degli elettroliti, quali condizioni di ipopotassemia e iposodiemia severe, sono di frequente riscontro nelle pazienti che ricorrono ai meccanismi di eliminazione. Anche nell'Anoressia Nervosa di tipo restrittivo sono riscontrabili turbe elettrolitiche, ipofosfatemia e ipomagnesemia, che possono essere molto pericolose per la funzionalità cardiocircolatoria.

Nel caso dell'Anoressia nervosa esistono un ampio numero di alterazioni dell'apparato cutaneo riscontrabili quali: Xerosis (pelle molto

secca e squamosa), Lanugo (sottile peluria che ricopre tutto il corpo), caduta dei capelli, acne, acrotenoderma, acrocianosi, prurito, porpora, stomatite, distrofia ungueale. Il segno di Russel, una cicatrice o un piccolo callo localizzato sulla superficie dorsale della mano o in corrispondenza della faccia dorsale della prima falange delle dita, costituisce un segno clinico patognomonico nella Bulimia dell'abitudine della paziente ad indursi il vomito.

I disturbi gastrointestinali si accompagnano molto spesso ai disturbi del comportamento alimentare e nella maggior parte dei casi è per i fastidi legati a questi che le pazienti cercano il loro primo aiuto medico: gastriti, svuotamento gastrico ritardato, disturbi/disfunzioni della motilità gastrica, alterazioni del senso di fame e sazietà, aumentato tempo di transito intestinale e stipsi costituiscono, le complicazioni più frequenti. Sono riportati in letteratura anche diversi casi di complicanze severe e potenzialmente letali nella Bulimia e nel Disturbo da Alimentazione Incontrollata, quali la rottura spontanea dell'esofago o dello stomaco, screzi pancreatici, coliti necrotizzanti e perforazioni di ulcere gastriche. Recentemente, sono stati riportati in letteratura casi di dilatazione gastrica severa, complicati da fenomeni di necrosi della mucosa gastrica in pazienti che effettuavano abbuffate.

Il ricorso protratto all'induzione del vomito lesiona notevolmente la mucosa e la motilità esofagea oltre che gastrica per cui è consistentemente aumentata in queste pazienti la presenza di esofagiti, episodi di reflusso gastroesofageo, o condizioni più gravi come lacerazioni della mucosa esofagea. Altri disturbi gastrointestinali patognomonici dell'induzione del vomito sono costituiti da episodi di alterata funzionalità epatica, Ipertrofia delle ghiandole salivari e alterazioni dentali.

Fra le complicanze più temibili sono quelle cardiache: sebbene la bradicardia sia il disturbo del ritmo più frequentemente associato all'Anorexia Nervosa, sono riportati in letteratura casi di tachicardia mentre aritmie potenzialmente fatali possono instaurarsi a causa delle severe alterazioni elettrolitiche che frequentemente si accompagnano all'induzione di vomito. Possono progressivamente instaurarsi anche alterazioni cardiache strutturali con ridotta funzione di pompa, riduzione della gittata cardiaca fino a quadri di scompenso cardiaco conclamato. Episodi di pneumotorace spontanei risultano più frequenti nelle pazienti gravemente sottopeso.

Le alterazioni ossee con quadri di osteopenia ed osteoporosi secondari alla malnutrizione e ai deficit ormonali caratterizzano le pazienti (ma in egual misura anche i maschi) con Anoressia Nervosa e, in minor misura, quelle con Bulimia Nervosa; sono quadri in parte irreversibili che, a causa della demineralizzazione ossea progressiva, peggiorano con gli anni di malattia ed arrivano ad esporre anche pazienti molto giovani al rischio di fratture spontanee. Tali condizioni sono spesso aggravate da una condizione di grave atrofia dell'apparato muscolare tale da impedire il mantenimento della stazione eretta.

Allorchè il disturbo insorge in età evolutiva, si assiste ad un arresto della crescita staturale. Nel caso della Bulimia Nervosa è molto frequente un danno ai denti, da continua esposizione al vomito autoindotto, e alle corde vocali, con cambiamento della voce.

Complicazioni Psichiatriche dei Disturbi del Comportamento Alimentare

A volte i Disturbi del Comportamento Alimentare si associano ad altri disturbi psichiatrici; è necessario tenerne conto perché possono condizionare negativamente il decorso della malattia in termini di tendenza alla cronicizzazione e maggior predisposizione alla resistenza al trattamento. Ciò è valido anche per l'influenza negativa che il disturbo alimentare può avere sul disturbo psichiatrico laddove uno stato di compromissione cognitiva correlato ad una condizione di denutrizione può complicare notevolmente il normale decorso delle malattie associate.

I disturbi psichiatrici più comunemente associati ai disturbi del comportamento alimentare sono i disturbi dell'umore, disturbi di personalità, i disturbi d'ansia, tra cui trovano un'incidenza ancora maggiore il disturbo ossessivo-compulsivo e la fobia sociale, e i disturbi legati all'uso di sostanze o alcool. L'associazione tra disturbi alimentari e disturbi psicotici è fortunatamente molto rara e comunque più frequente per l'anoressia nervosa.

L'abuso di sostanze e di alcool e la dipendenza da sostanze sono molto frequenti soprattutto in coloro che effettuano abbuffate e ricorrono a condotte di eliminazione, e quindi in casi di Bulimia e Disturbo da Alimentazione Incontrollata.

I Disturbi del Comportamento Alimentare sono sempre esistiti?

I disturbi del rapporto dell'uomo con il cibo e l'alimentazione sono stati descritti anche in epoche remote. Ma è solo nel Novecento, in una parte limitata del mondo, che si è presentato il problema di amministrare un'offerta di cibo sovrabbondante e seducente e che il problema alimentare si lega indissolubilmente all'immagine del corpo.

Nelle società industriali avanzate un numero sempre più elevato di individui, soprattutto donne, dedica grande attenzione e preoccupazione al controllo del peso e dell'immagine per mezzo di diete, esercizio fisico e altri comportamenti, più o meno nocivi.

Il fenomeno disegna lo sfondo sul quale va collocato e interpretato il progressivo aumento dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

I Disturbi del Comportamento Alimentare sono sindromi cosiddette *culture bounded*, legate a certe culture e specifiche di alcuni paesi. Ne dobbiamo tenere conto per valutare la patogenesi e la diffusione di questi disturbi.

Sono disturbi frequenti nei paesi ricchi e fortemente industrializzati: Europa occidentale, Stati Uniti, Canada, Australia e Nuova Zelanda, Sudafrica, Giappone. Sono assenti o molto rare nei paesi poveri dell'Africa, dell'Asia e dell'America Latina.

La diffusione di queste patologie nei paesi dell'Est europeo (aumentata a partire dalla caduta del Muro di Berlino) del Terzo Mondo e fra gli immigrati da nazioni povere verso nazioni ricche appare correlata al miglioramento delle condizioni economiche e, ancora di più, ai processi di occidentalizzazione culturale.

È da notare che, nei paesi poveri, parallelamente all'aumento dei Disturbi del Comportamento Alimentare stanno aumentando, in misura esplosiva, i casi di obesità.

Il culto della magrezza femminile segue la stessa distribuzione geografica e temporale dei disturbi dell'alimentazione. Il caso del Giappone è abbastanza paradigmatico: in questo paese la forte ambivalenza tra modelli culturali orientali e occidentali è documentata dalle percentuali di prevalenza dei DCA riscontrate in alcuni studi: se i sintomi anoressici sembrano essere piuttosto rari (1 caso su 500 in città e 1 su 2000 in ambiente rurale), lo stesso non può essere detto per la Bulimia, chia-

mata *Kibarashi-gui*, la cui prevalenza varia in Giappone dal 2,1 al 3,6% a seconda della zona considerata. Sempre più difficile diventa oggi fare rientrare le forme davvero mutevoli dei Disturbi del Comportamento Alimentare, con gli alberi decisionali delle nosografie condivise. Negli ultimi anni le innumerevoli pazienti che ho incontrato mi hanno fatto pensare che oggi una varietà davvero grande di disturbi venga inghiottita come in un *imbuto*, da ciò che è descritto come patologia alimentare.

Infatti oltre alle mutazioni delle prevalenze dei vari Disturbi Alimentari, assistiamo anche ad un trasformarsi della patologia dei singoli pazienti che sempre più frequentemente migrano da un sintomo all'altro nell'arco della loro storia patologica.

La ricostruzione anamnestica del disturbo ci mostra una stessa paziente che inizia a digiunare e a dimagrire ferocemente, poi dopo un certo periodo perde il controllo e inizia ad abbuffarsi e per cercare di contenere l'aumento di peso inizia ad usare il vomito autoindotto, poi ancora può utilizzare l'iperattività fisica o lassativi e diuretici, che sono tra l'altro una delle cause di morte più frequenti.

Ma alla base di tutti i disturbi c'è un unico nucleo psicopatologico: l'ossessione per il controllo del corpo, ottenuta attraverso tutti mezzi possibili e immaginabili. Le forme del disturbo sono andate così mutando, proprio come un virus insidioso.

Dall'iniziale caratterizzazione "astinente" dell'anoressia (dove il disturbo si esauriva esclusivamente nel digiuno) ha fatto seguito, attorno agli anni settanta, l'innesto di alcuni comportamenti tipici del versante bulimico. Negli anni Ottanta sono aumentati i casi di bulimia normopeso, e il disturbo è andato progressivamente evolvendo verso forme multicomulsive con l'aumento di abuso di alcool e di droghe, di gesti autolesionistici e di disturbi della condotta. Non è un caso che nell'ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, è stata inserita un'altra categoria che è quella dei Disturbi del Comportamento Alimentare non Altrimenti Specificati, di cui fanno parte le sindromi parziali, chiamate anche subcliniche o più correttamente subliminali, in cui sono presenti alcuni ma non tutti i sintomi necessari per la diagnosi di anoressia e bulimia, che sono in questo momento molto frequenti.

Rientrano all'interno di queste sindromi parziali, ormai la maggioranza, tutti quei quadri associati alle presunte o vere intolleranze alimentari, altra grande paura del nostro secolo, all'ortorexia, ossessione per il cibo sano, a forme di alimentazione estreme in un senso o nell'altro.

Tra i quadri atipici, il disturbo da alimentazione incontrollata (Binge eating disorder, bulimia senza contromisure di compenso) ha suscitato nell'ultimo decennio un interesse crescente per i suoi legami, importanti, con l'obesità, altro grande fenomeno fortemente correlato ai Disturbi del Comportamento Alimentare.

I.5 I disturbi del comportamento alimentare in età infantile

Laura Dalla Ragione

Fino a non molti anni fa quando si parlava di disturbi della nutrizione o del comportamento alimentare nell'infanzia si faceva riferimento a condizioni che si presentavano quasi esclusivamente nella prima infanzia come la Pica, il Disturbo di Ruminazione ed il disturbo della nutrizione e della condotta alimentare della prima infanzia.

A queste forme piuttosto rare si affiancano oggi in numero sempre maggiore casi di bambini e preadolescenti con alterazioni del comportamento alimentare e relativi quadri clinici molto simili a quelli fino a poco tempo fa osservabili solo nell'adolescente e nell'adulto, come l'Anoressia e la Bulimia. Negli ultimi anni stiamo infatti assistendo ad un abbassamento dell'età di esordio dei disturbi del comportamento alimentare che stanno iniziando a diffondersi in maniera consistente anche nella popolazione infantile raggiungendo anoressia e bulimia una prevalenza pari a circa l'1%. Nonostante il quadro clinico sia per la maggior parte delle caratteristiche sovrapponibile a quello di adolescenti e giovani donne, quando appare nella bambina o nella pre-adolescente il disturbo del comportamento alimentare si caratterizza per delle sfumature cliniche distinte dall'adulto e ciò può favorire difficoltà e ritardi nella comprensione diagnostica con ripercussioni anche gravi sulla salute fisica e mentale del giovane interessato.

Trattandosi di bambine in età prepuberale non è valutabile la presenza di alterazioni del ciclo mestruale, mentre l'insoddisfazione per le forme

corporee e la paura di ingrassare sono raramente verbalizzate in maniera esplicita, come nell'adolescente e frequentemente addirittura assenti come del resto la presenza di un peso ideale. La riduzione del peso può non raggiungere valori inferiori all'85% del peso normale per l'età ma manifestarsi in un consistente rallentamento o blocco della crescita. Segnali importanti e fondamentali per una diagnosi precoce diventano allora tutti quei comportamenti cui nell'adulto attribuiamo un'importanza secondaria: il modo in cui i bambini mangiano, spesso molto lentamente, escludendo alcuni alimenti, bevendo molta acqua e sminuzzando il cibo in pezzi piccolissimi; l'iperattività fisica, un uso frequente del bagno soprattutto dopo i pasti e poi il cambiamento psicologico che sopravviene, man mano che aumenta la perdita di peso, espresso con sbalzi d'umore e con un'insofferenza ed un'irrequietezza che non facevano parte delle caratteristiche precedenti della bambina. Alle caratteristiche dell'adulto affetto da Anoressia e Bulimia si aggiungono nel bambino vissuti di vergogna («sono cattivo, non servo a niente, non valgo niente»), bassa autostima e bisogno di controllo. Anche l'obesità infantile costituisce un fenomeno attuale e in espansione: oggi un bambino italiano su tre è in soprappeso ed uno su sette francamente obeso. L'aumento dell'obesità infantile costituisce esso stesso un fattore di rischio per lo sviluppo precoce di un disturbo del comportamento alimentare, inoltre molte preadolescenti femmine seguono diete dimagranti comportamento ritenuto facilitante lo sviluppo di patologie alimentari.

Altri fattori di rischio sono riconducibili ai cambiamenti socio-antropologici della nostra epoca storica in cui contemporaneamente il cibo e la magrezza hanno acquisito un valore fondamentale nella costituzione della propria identità personale mentre si vanno sempre più riducendo i tempi dedicati a pasti regolari e alle attività familiari in genere: il cibo diviene per il bambino incapace di comprendere i propri bisogni, una maniera più reperibile della relazione con l'altro per affrontare le proprie emozioni.

Altri disturbi alimentari presenti nell'infanzia sono il “Disturbo emotivo di evitamento del cibo” o l'Alimentazione Selettiva, la Disfagia Funzionale e la Sindrome da Rifiuto Pervasivo, disturbi caratterizzati da comportamenti alimentari anomali, in assenza però di alterazioni percet-

tive della propria immagine corporea e preoccupazioni per peso e forme corporee. Con una presentazione clinica molto simile all'Anoressia Nervosa per gravità della perdita di peso e delle conseguenze mediche il "Disturbo Emotivo di Evitamento del Cibo" si caratterizza per l'evitamento marcato del cibo e perdita di peso. L'attitudine a non mangiare può essere dovuta a vere e proprie fobie od ossessioni o a quadri di depressione. Un altro disturbo abbastanza diffuso è quello dell'"Alimentazione Selettiva", in cui il bambino ha un'altezza ed un peso normali e non presenta preoccupazioni per il peso o le forme corporee ma sceglie in maniera molto selettiva i cibi che assume, spesso limitati a quattro-cinque categorie alimentari, prediligendo soprattutto i carboidrati. Il problema più manifesto di questi bambini, spesso fisicamente sani, è rappresentato dal disagio sociale e da vissuti di vergogna, che diventano ancora più evidenti quando, durante l'adolescenza, aumentano le occasioni di convivialità e le relazioni affettive, amicali e sociali in genere.

Solo allora potrà essere formulata da parte loro una domanda d'aiuto terapeutica, mentre il bambino in genere rifiuta il trattamento mediato dai genitori. La Disfagia Funzionale comporta difficoltà di deglutizione e paura di vomitare o di soffocare, in assenza di cause organiche: spesso questi bambini hanno visto qualcuno vomitare, fare fatica a deglutire o quasi soffocare, cosa che ha prodotto in loro ansie e paure profonde molto diverse da quelle alla base dell'Anoressia Nervosa, ma altrettanto difficili da trattare.

La Sindrome da Rifiuto Pervasivo è il rifiuto ostinato di mangiare, bere, camminare, parlare, prendersi cura di sé. Non è ancora chiaro se questo disturbo si debba considerare una forma estrema di disturbo post-traumatico o una psicosi infantile, ma la prognosi è sicuramente molto grave.

Tra i disturbi della nutrizione e del comportamento alimentare della Prima Infanzia ricordiamo la Pica, il Disturbo di Ruminazione e il Disturbo della Nutrizione e della Condotta Alimentare della Prima Infanzia, condizioni assolutamente distinte dalla Bulimia e dall'Anoressia Nervosa. La Pica, quasi sempre associata a condizioni di Ritardo Mentale, consiste nell'assunzione protratta di sostanze non nutritive con conseguenti condizioni di deficit nutritivi e rischio di condizioni di avvelenamento da sostanze tossiche o intossicazione da Piombo.

Nel disturbo da Ruminazione, il bambino, in assenza di patologie organiche e in seguito ad un periodo di alimentazione normale, rigurgita continuamente il cibo ingerito per re-ingerirlo, re-masticarlo o espellerlo successivamente perpetuando il circolo vizioso.

Nel Disturbo della Nutrizione e della Condotta Alimentare della Prima Infanzia il bambino mangia in maniera inadeguata e presenta un significativo calo di peso o ritardo della crescita in assenza di condizioni mediche generali che lo giustifichino.

CAPITOLO II

CONOSCERE IL PROBLEMA

II.1 I segnali da decifrare *Sabrina Mencarelli*

I Disturbi Alimentari sono essenzialmente disturbi della mente e quindi prima ancora che compaiano i segni fisici della malattia, sono già presenti da tempo quelli psicologici che in modo sotterraneo invadono le idee e i pensieri dei ragazzi. Quindi il cambiamento fisico si accompagna e a volte viene preceduto da un grande cambiamento di carattere: instabilità emotiva, irritabilità, sbalzi del tono dell'umore, insonnia. Tutti sintomi in parte collegati alla malnutrizione ma in parte collegati anche alla devastazione terribile che questi disturbi determinano nella mente di queste giovani vite. Purtroppo l'attenzione alla alimentazione e la eliminazione di alcuni alimenti, come pasta e dolci, è presente in moltissimi adolescenti e quindi non viene inizialmente compresa nella sua gravità. Ma quando questa attenzione diventa continua, ossessiva, e si accompagna al continuo osservarsi allo specchio e al continuo salire sulla bilancia ciò deve farci riflettere se non sta succedendo qualcosa. Tenete conto che i Disturbi Alimentari sono diversi e l'inizio può essere molto subdolo e insidioso. L'anoressia restrittiva si manifesta ovviamente con la eliminazione di alcuni alimenti cosiddetti fobici (pane, pasta, dolci, olio) ma anche con la riduzione delle porzioni, con una intensa attività fisica, con la riduzione delle attività sociali per evitare di essere costrette a mangiare. L'anoressia si accompagna ad una grande fame e chi ne è affetto deve contrastare l'impulso a mangiare che è fortissimo; si cerca di tenere a bada i morsi della fame bevendo molta acqua, molto caffè, usando molte spezie, invece dei condimenti. Nel caso della Bulimia il disturbo può passare inosservato ancora più a lungo, perché le pazienti ai pasti mangiano, anzi a volte si abbuffano, ma subito dopo si procurano il vomito. In questo caso i sintomi psicologici sono più presenti e rilevanti: abuso di sostanza o d'alcool, cleptomania, disturbi della condotta sessuale, disturbi del comportamento,

shopping multicomulsivo, gioco d'azzardo. Insomma uno scarso controllo degli impulsi con un cambiamento del carattere molto più evidente che nel caso dell'anoressia. Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata è caratterizzato da grandi abbuffate senza vomito o metodi di compenso quindi l'aumento di peso è subito molto evidente, le abbuffate sono consumate sempre di nascosto, quindi spesso i frigoriferi svuotati e le carte di biscotti e cioccolate sotto il letto possono essere i primi segnali, accompagnati da un disordine in generale nella vita, e ad un abbassamento del tono dell'umore, da grande nervosismo e irritabilità. È importante specificare che l'inizio del disturbo può essere di tipo anoressico, per poi facilmente evolvere verso un quadro di Bulimia o Disturbo da Alimentazione incontrollata, ma c'è un filo conduttore di tutti e tre questi Disturbi ed è una intensa, continua e martellante ideazione sul cibo e forme corporee.

II.2 I fattori di rischio di una epidemia globalizzata

Sabrina Mencarelli

*Io vorrei, superato ogni tremore
Giungere alla bellezza che mi incalza
Dalla rovina del silenzio...
Nell'aperta misura delle ali
Del più libero uccello,
nel vigore degli alberi
nella chiarezza – musica dei venti,
nel frastuono puerile dei colori
Alda Merini*

I Disturbi del Comportamento alimentare sono patologie di origine multifattoriale, per ammalarsi in modo conclamato infatti è necessario che si verificano molti eventi. Le parole di Alda Merini, non a caso così amata dalle nostre pazienti, ci ricorda che il tema della bellezza incalza senza tregua le nuove generazioni. Sicuramente il mondo dove

i ragazzi e le ragazze vivono, i giornali che leggono, la televisione che guardano sin da piccoli, le bambole con cui giocano, contribuiscono a fare transitare valori e modelli che costituiscono la premessa e il terreno fertile dove tali disturbi possono svilupparsi. Sappiamo dalle campagne di prevenzione nelle scuole che il 70% delle ragazze nella fascia di età più a rischio (dai 13 ai 18 anni) sono a dieta spesso “fai da te”; ovviamente ciò non vuol dire che tutte si ammaleranno ma che sicuramente in presenza di altri fattori di rischio la patologia ha buone probabilità di svilupparsi. Le campagne nelle scuole, anche nelle elementari e medie inferiori ci indicano che le informazioni distorte rispetto al culto del corpo, del mondo delle diete e dello stigma dell’obesità sono già molto presenti, a conferma che l’incubazione di questi disturbi è molto lenta e ben radicata. Non c’è dubbio che il primo grande fattore di rischio è quello della cultura della magrezza, che nella nostra società si è trasformato in una vera e propria ossessione.

I Disturbi del Comportamento Alimentare sono sindromi cosiddette “culture bounded”, legate a certe culture specifiche di alcuni paesi.

Ne dobbiamo tenere conto per valutare la patogenesi e la diffusione di questi disturbi. Sono disturbi frequenti nei paesi ricchi e fortemente industrializzati: Europa occidentale, Stati Uniti, Canada, Australia e Nuova Zelanda, Sudafrica, Giappone. Sono assenti o molto rare nei paesi poveri dell’Africa, dell’Asia e dell’America Latina. Anoressia e Bulimia appaiono legate a valori e conflitti specifici della cultura occidentale, connessi, in particolare, alla costruzione dell’identità femminile e al ruolo familiare e sociale della donna.

La diffusione di queste patologie nei paesi dell’Est europeo (aumentata a partire dalla caduta del Muro di Berlino) del Terzo Mondo e fra gli immigrati da nazioni povere verso nazioni ricche appare correlata al miglioramento delle condizioni economiche e, ancora di più, ai processi di occidentalizzazione culturale.

Il culto della magrezza femminile segue la stessa distribuzione geografica e temporale dei disturbi dell’alimentazione. In India, per esempio, l’aumento dei casi di Anoressia e Bulimia sembra seguire, in modo inverso, la diminuzione delle misure delle attrici più popolari del cinema indiano.

Accanto al modello della magrezza l'altro fattore necessario per il diffondersi di tali disturbi è l'abbondanza dell'offerta di cibo, che ha modificato profondamente gli stili di vita del mondo occidentale. Teniamo conto che una storia di sovrappeso o di obesità infantile e adolescenziale può essere la premessa di un Disturbo dell'Alimentazione vero e proprio. I disturbi del rapporto dell'uomo con il cibo e l'alimentazione sono stati descritti anche in epoche remote. Ma è solo nel Novecento, in una parte limitata del mondo, che si è presentato il problema di amministrare un'offerta di cibo sovrabbondante e seduttiva e che il problema alimentare si lega indissolubilmente all'immagine del corpo. Nelle società industriali avanzate un numero sempre più elevato di individui, soprattutto donne, dedica grande attenzione e preoccupazione al controllo del peso e dell'immagine per mezzo di diete, esercizio fisico e altri comportamenti, più o meno nocivi.

Il fenomeno disegna lo sfondo sul quale va collocato e interpretato il progressivo aumento dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

I fattori di rischio, che ripeto per poter determinare la patologia devono essere più di uno, sono suddivisi in:

- 1) Individuali
- 2) Familiari
- 3) Socio-culturali

I fattori individuali possono essere diversi e collegati sia all'assetto psicologico che a quello fisico

Ne elenchiamo e commentiamo alcuni dei principali:

- Età: adolescenza, prima giovinezza
- Sovrappeso
- Malattie croniche: diabete giovanile, celiachia
- Disturbi di personalità
- Aspettative esagerate
- Perfezionismo
- Difficoltà del processo di separazione-individuazione
- Rifiuto del corpo e della sessualità
- Esagerata attività sportiva
- Abusi

L'età è ovviamente un grande fattore di rischio nella popolazione femminile, ma anche questo aspetto sta cambiando perché il range di età si è profondamente modificato con un abbassamento dell'età media e con un innalzamento dell'età (anche oltre i 40 anni) soprattutto per quanto riguarda il Disturbo da alimentazione incontrollata.

Come abbiamo già detto il sovrappeso o una vera obesità infantile e adolescenziale possono determinare l'inizio di una dieta e di una vera e propria ossessione. Alcune malattie collegate all'alimentazione possono predisporre ad una attenzione estrema verso il cibo e quindi ad una ossessione successiva. Il diabete giovanile e la celiachia ad esempio sono sicuramente fattori di rischio, perché il bambino si abitua ad avere paura del cibo e a selezionare sin da piccolo.

Una esagerata attività sportiva, danza per le bambine o atletica leggera per i ragazzi ad esempio, può scatenare una ideazione pericolosa, spesso supportata dalla enfaticizzazione degli insegnanti sportivi. In una percentuale del 30% di pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare, soprattutto con diagnosi di Bulimia, si riscontra nella storia della paziente un episodio di abuso sessuale in età infantile, che sottaciuto e rimosso può portare in età adolescenziale allo scatenarsi di una patologia che trova nel corpo il suo teatro espressivo.

Molteplici sono i fattori individuali psicologici predisponenti, un tratto di perfezionismo esagerato, aspettative da parte del contesto molto alte, un deficit dell'autostima, disturbi di personalità border line. Teniamo conto che a volte il Disturbo Alimentare diventa il modo con cui l'adolescente trova il canale inconscio per protestare ed opporsi ad una immagine che gli adulti vogliono imporgli.

“Era una ragazza che non ci ha dato mai problemi”.

“Era la prima della classe”

“Un carattere solare, non protestava mai per nulla”.

Queste sono le frasi che spesso sentiamo dire dai genitori o dai professori delle nostre pazienti, che ci segnalano come le adolescenti di cui stiamo parlando, sono state spesso ingabbiate in un modello che non le rappresentava affatto.

E l'unico modo che hanno trovato per protestare è stato proprio quello di attaccare il loro corpo.

Accanto ai fattori individuali si iscrivono quelli familiari, che come ormai abbiamo detto, sono parte del problema, ma sicuramente non il fattore principale. Vediamone alcuni:

- Obesità familiare
- Disturbi dell'umore e alcolismo
- Vischiosità nelle relazioni
- Difficoltà di autonomia
- Dipendenza dal consenso
- Esaltazione della magrezza e della bellezza

Una famiglia dove è difficile differenziarsi e trovare una propria posizione costituisce sicuramente una grossa difficoltà nel processo di crescita dell'adolescente. Sicuramente una enfattizzazione della magrezza e della bellezza sono aspetti che predispongono ad una forte insoddisfazione corporea. Avere un membro della famiglia con una storia di Disturbo alimentare rende necessaria una cautela in più nella gestione dell'alimentazione e del corpo. Ma ricordiamoci che i fattori familiari da soli non sono assolutamente determinanti nell'esplosione della patologia.

II.3 Quali i fattori precipitanti: improvvisamente cambia tutto *Sabrina Mencarelli*

Sul terreno fertile preparato dai fattori di rischio individuali, socioculturali, familiari è necessario che un evento, non necessariamente drammatico, scateni la patologia nella sua evidente fenomenologia:

- Separazioni e perdite
- Alterazioni dell'omeostasi familiare
- Esperienze sessuali
- Minacce alla stima di sé
- Malattia fisica acuta
- Cambiamento puberale vissuto come trauma

A volte può essere la prima esperienza sessuale, oppure una delusione scolastica, una perdita di un familiare, oppure più semplicemente un trasloco con un cambiamento improvviso di contesto. I cambiamenti costituiscono sempre per gli adolescenti uno sforzo esistenziale enorme, essi non vedono la necessità di uscire dalla propria nicchia, non sono necessariamente appassionati del cambiamento e hanno un enorme di conferme.

Il cambiamento fisico è già di per sé traumatico, il corpo diventa uno sconosciuto che non è più controllabile, che si trasforma rapidamente, che gli altri commentano in continuazione non sempre in modo piacevole. Sicuramente le separazioni dei genitori costituiscono un elemento di destabilizzazione ma è soprattutto il modo in cui tale evento viene gestito che determina sofferenza e ansia nei figli.

È importante che ogni cambiamento della famiglia sia condiviso e discusso con i ragazzi, per poter ascoltare le loro paure, le loro incertezze. Consideriamoli sempre parte attiva della famiglia anche se hanno solo 10 anni, i figli hanno sempre la loro idea del mondo e le loro opinioni vanno sempre rispettate. Impareranno solo così a rispettare anche quelle degli altri e soprattutto le vostre.

CAPITOLO III

NUOVI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E MODE PERICOLOSE

III. 1 L'ossessione di mangiare sano: l'ortoressia

Laura Dalla Ragione

L'ortoressia e la bigoressia costituiscono l'esasperazione di quelle che potremmo definire come filosofie di vita moderne basate sul salutismo e sul mantenimento della forma fisica; non sono ancora riconosciute dalla comunità scientifica internazionale come patologie vere e proprie nè sono inserite nei principali manuali diagnostici ma stanno raggiungendo una diffusione tale da poter parlare di atteggiamenti ad elevato rischio di convertirsi in veri e propri nuovi disturbi alimentari. L'ortoressia, dal greco "orthos" costituisce una sorta di ossessione per i cibi "giusti", "corretti" identificata e studiata da un medico statunitense, Robert Bratman, come una nuova forma di dipendenza dal cibo si caratterizza per la presenza di una preoccupazione eccessiva per la purezza del cibo che si assume ed un immenso timore per le conseguenze mediche di un'alimentazione scorretta.

Colui che soffre di Ortoressia controlla e seleziona gli alimenti che assume in maniera sproporzionata rispetto agli ipotetici rischi medici, esponendosi ad un rischio elevato di sviluppare una patologia nervosa che, per l'attitudine a restringere progressivamente le classi nutritive e seguire una dieta sempre più rigida con alterazione del rapporto con Sé e con l'esterno, può sconfinare in un quadro clinico compatibile con un disturbo del comportamento alimentare. Nelle persone ortoressiche sono facilmente riscontrabili tratti di personalità di tipo ossessivo: dedicano ore a discutere sull'esistenza di cibi puri ed impuri, ad acquistare scrupolosamente i loro cibi e cucinarli con eccessivo rigore e possono giungere, per mancanza di tempo e difficoltà ad adattarsi, a rinunciare al loro lavoro e alle relazioni sociali. Nel libro "Health Food

Junkies” Robert Bratman li definisce “drogati di cibo sano” con riferimento alle analogie che, per la dispersione di tempo e le modalità della ricerca, questo tipo di disturbo ha con le dipendenze patologiche: sono persone che hanno bisogno di programmare sempre scrupolosamente i propri pasti e di conoscere ogni singolo ingrediente contenuto negli alimenti assunti con evitamento di pasti sociali e necessità di portare con sé cibi pronti e stoviglie personali durante i pasti consumati fuori casa; sostengono che il cibo debba fare sentire meglio e non debba essere in nessuno modo fonte di piacere; provano disgusto nel riempire il proprio corpo con sostanze non naturali e disprezzano le persone che mangiano in modo normale con vere e proprie difficoltà di relazione con chi non condivide le proprie idee alimentari; hanno paura di contaminare il proprio corpo; hanno un desiderio continuo di depurarsi; provano sensi di colpa quando trasgrediscono la dieta e sono molto severi con se stessi; può riscontrarsi addirittura un evitamento fobico di piatti, posate, pentole ritenute contaminate da cibi “non naturali” o fabbricate con materiale che possa alterare le qualità nutritive (teflon, alluminio, ecc). Altri elementi tipici dell’ortoressia sono l’attitudine a pensare al cibo per più di tre ore al giorno, a pianificare dettagliatamente anche i menù del giorno successivo a sovrastimarsi in base a ciò che si mangia, rinunciando al cibo che piace, per mangiare quello più “giusto” senza considerarne minimamente il sapore o il profumo. Mentre coloro che soffrono di anoressia o bulimia sono ossessionati dalla quantità del cibo assunto, le preoccupazioni degli ortoressici riguardano la qualità di ciò che si ingerisce per cui è imprescindibile accertare che un alimento sia sano, “puro” e attivo nella prevenzione delle malattie sfiorando e talvolta sconfinando in un quadro di ipocondria paradossale: il timore di malattie e “contagi” impone all’ortoressico uno stile di alimentazione talmente rigoroso da esporlo consistentemente al rischio di sviluppare carenze nutrizionali gravi. Il quadro clinico infatti può caratterizzarsi per la comparsa di gravi carenze alimentari rispetto a cui spesso però la persona appare ignara e disinteressata confidando ciecamente nella propria dieta sanissima: accanto alle problematiche di natura psicologica e psichica come stress, sensi di colpa, ossessioni, fobie e condizioni di ritiro socio-lavorativo possono insorgere malattie secondarie alla drastica riduzione di vitamine e sali minerali quali l’avitaminosi, l’arteriosclerosi, l’osteoporosi (*Dalla Ragione*, 2005).

La diffusione dell'ortoressia potrebbe essere correlata ad un nuovo genere di alterazioni alimentari giunte negli ultimi anni all'attenzione dei clinici: la diffusione di vere e proprie "mode alimentari" (*Hellas Cena*, 2006), un altro fenomeno della nostra epoca storica per cui talvolta i limiti tra moda e disturbo propriamente detto possono essere molto sfumati. Da diversi anni assistiamo infatti alla diffusione in strati sempre più ampi della popolazione di vere e proprie filosofie alimentari accomunate da una pericolosa iperselezione degli alimenti e nascoste dietro il nome di dieta a Zona, dieta Atkins, vegetariana, vegana, macrobiotica, vegetariana, crudista, fruttarista etc. Sebbene non sia una conseguenza ineluttabile, è possibile che a lungo andare anche queste diete vengano seguite in maniera eccessivamente rigida o restrittiva potendo arrivare ad esporre l'interessato a carenze vitaminiche e proteiche gravi o a condizionamenti importanti della propria vita sociale.

III.2 Il pericolo in Internet: i siti ProAna *Laura Dalla Ragione*

Una degli aspetti più sconcertanti nella diffusione e nella globalizzazione dei Disturbi del Comportamento Alimentare è l'utilizzazione del web nella trasmissione di modelli culturali che enfatizzano la magrezza con la comparsa di siti che propagandano comportamenti patologici, finalizzati al controllo del peso e danno consigli estremi su come dimagrire. I siti pro-Ana, dove Ana sta per anoressia, costituiscono uno dei canali più efficaci di diffusione del disturbo, soprattutto tra gli adolescenti, che utilizzano questo mezzo quotidianamente e con estrema familiarità. La caratteristica di questi siti è quella di costituirsi come delle sette, sorta di movimenti *underground* dove si lancia un appello a dimagrire ad oltranza, come una forma di protesta e opposizione al mondo degli adulti. Il segno distintivo dei seguaci di Ana è un bracciale rosso che viene venduto ad un prezzo che varia dai 3 ai 20 dollari, e che consente il riconoscimento anche fuori dal web.

L'esplorazione di questi siti, che essendo proibiti, vengono ciclicamente chiusi e riaperti, proprio come quelli dei pedofili, lascia davvero interdetti per il livello di terrorismo psicologico, a cui possono essere sottoposti gli adolescenti che vi entrano.

Delle foto di giovani donne obese in costume da bagno e sotto una didascalia: “*Ecco come i vostri genitori vogliono farvi diventare*”. I comandamenti Pro – Ana a cui gli adepti dei siti devono attenersi sono tutti centrati sulla equazione che la magrezza è la salvezza, la strada principale per essere vincenti e felici.

Non è nuova nella storia della medicina una sorta di dimensione estetica di alcune malattie, pensiamo ad esempio alla tubercolosi nell’800, così ben rappresentata dal romanzo “*La Montagna Incantata*” di Thomas Mann, o alla sifilide o all’AIDS. Ma non c’è nulla che possa essere paragonato a questa rappresentazione del corpo che enfatizza la malattia e nello stesso tempo cerca di allargare intenzionalmente il contagio.

I Disturbi del comportamento alimentare sono malattie gravi e dall’esito spesso infausto, sono la prima causa di morte tra le malattie psichiatriche, e la causa del decesso più frequente oltre quella collegata a complicanze internistiche, è il suicidio.

È difficile accettare che qualcuno possa intenzionalmente diventare una sorta di *untore* e diffondere tra adolescenti che *chattano* o *navigano* in rete un disturbo che porta tali e gravi conseguenze.

Alcuni stralci di queste conversazioni in *chat*, nei *forum*, nei *blog*, generalmente notturne ci introducono all’interno di un mondo, che si apre, appena le porte di quelle camerette piene di manifesti e peluche si chiudono. Le ragazzine, veramente quasi bambine, entrano in realtà dove per dimagrire si può fare di tutto, dove i genitori sembrano fantasmi inesistenti e dove i coetanei suggeriscono sistemi di controllo del peso efficaci e pericolosissimi. Come in tutte le *chat*, tutto avviene in presa diretta e le conversazioni si interrompono perchè una delle partecipanti al forum deve andare in bagno a vomitare, oppure a fare pipì dopo avere ingerito i diuretici, che la nonna prende per il cuore. Le altre, appena torna in *chat*, le domandano come è andata e si congratulano con lei se è riuscita nel suo intento.

Per ore e ore i partecipanti a questi dialoghi, si incontrano senza memoria nè immaginazione, in un tempo sospeso, dove la sequenza di attimi, *flashes*, frammenti di vita, non costruisce nessuna storia, nessuna temporalità. In questo mondo gli adulti non possono entrare e si coglie tutto il rinforzo positivo del sintomo dato dall’opposizione, dal senso di

onnipotenza che tutti i partecipanti alle *chat* manifestano. Ogni aspetto del corpo, del cibo, di ciò che fa bene e di ciò che fa male viene dissacrato e irriso, si diffondono in web le leggende più inverosimili finalizzate alla perdita di peso, favole, fandonie, bufale. Non c'è dubbio che in questo caso la forma patologica si connette molto facilmente a forme culturali e questo ne spiega la irrefrenabile diffusione, ma forse c'è qualcosa di più e scelgo le parole di un filosofo della scienza e delle idee, Paolo Rossi, che di questi temi si è occupato, per esprimere la difficoltà a separare la patologia dall'impianto culturale che le da nutrimento: *Nonostante tutti questi esempi, mi sembra resti vera l'asserzione che nessuno ha mai fatto propaganda a favore dell'assunzione o della diffusione di una malattia. Di fronte alla diffusione del culto di Ana possiamo domandarci: davvero si tratta, in questo caso, di propaganda a favore di una forma patologica o non si tratta invece dell'antica esaltazione del digiuno e della magrezza che sarebbero sinonimo di saggezza e di santità nelle filosofie orientali e, in particolare, indiane? O anche nell'ideale cristiano di una frugalità spinta fino ai limiti estremi? Di una santità che è fondata sul rifiuto del corpo, luogo di tentazione e strumento di peccato? o all'immagine (molto antica) del digiuno come purificazione? Una malattia che si connette a scelte di comportamenti e quindi, indirettamente, a filosofie e a scelte di vita, alle credenze e al costume perde per questo il suo carattere di specificità patologica, fino a diventare, in una certa misura, qualcosa di non più riconoscibile?*

III.3 Anche i maschi si ammalano: corpi scolpiti *Laura Dalla Ragione*

La perdita di ideali e la tristezza hanno portato la nostra società ad abbandonare un tipo di educazione fondato sul desiderio. L'educazione dei nostri figli non è più un invito a desiderare il mondo; si educa in funzione di una minaccia, si insegna a temere il mondo, ad uscire indenni da pericoli incombenti².

Ma nell'epoca delle passioni tristi anche il corpo dei ragazzi può diventare il terreno di scontro dove si gioca la partita dolorosa dell'identità. In forte aumento le patologie alimentari maschili (Anoressia, Bulimia, Disturbo da Alimentazione Incontrollata). Su due milioni di persone che soffrono di anoressia e bulimia nel nostro paese, circa 200 mila persone, pari al 10%, sono infatti uomini.

La percentuale sale fino al 20% se si considera la fascia di età compresa tra 13 e 17 anni con l'aggravante, che i ragazzi si vergognano ancora di più delle loro coetanee a chiedere aiuto perché i DCA sono considerate patologie da donne". Un fenomeno di osservazione relativamente recente e candidato a diventare un nuovo disturbo del comportamento alimentare, osservabile soprattutto tra frequentatori di palestre e appassionati di body-building, consiste nella preoccupazione, in persone visibilmente muscolose, di essere troppo deboli e magri. Conosciuta in Italia anche come bigoressia, dal termine inglese "big" ovvero "grande", "grosso" questa condizione è stata scoperta da Pope, che dapprima l'ha chiamata "anoressia inversa", con riferimento al fatto che come la paziente anoressica si vede grassa, pur essendo magrissima, il bigoressico si vede sempre magro e non muscoloso anche quando ha raggiunto un fisico molto muscoloso e atletico. Sono presenti alterazioni dell'immagine corporea (nello specchio si vedono perlopiù magri e flaccidi) e alterazioni dello schema cognitivo con ideazione continua sulle forme corporee; il tono dell'umore è spesso basso.

² Cfr. Benasayag e Schmit, *L'epoca delle passioni tristi*, ed. Feltrinelli

L'insoddisfazione, l'ansia e la perdita dell'autostima derivati dalla convinzione di essere poco muscolosi spingono questi ragazzi ad allenarsi sempre più, con l'intento di

aumentare la massa muscolare ed abolire la massa grassa, a seguire diete squilibrate (alimentazione iperproteica) e ad assumere ormoni androgeni, farmaci anabolizzanti e sostanze ergogeniche illecite.

La bigoressia, se protratta, può esporre ad una compromissione della propria vita socio-lavorativa: alcuni arrivano ad evitare tutte le situazioni in cui il corpo potrebbe essere esposto e a vivere in una condizione di ansia intensa quelle inevitabili; le attività ricreative, sociali e lavorative sono frequentemente sacrificate per dare la priorità all'allenamento in palestra o per non trasgredire prescrizioni dietetiche.

Anche questo disturbo può accompagnarsi a quadri clinici piuttosto severi con danni soprattutto a carico della funzionalità epatica e renale. La bigoressia, più diffusa nel sesso maschile costituisce un fenomeno in aumento, ciò è comprensibile se consideriamo la diffusione dell'abitudine a frequentare palestre e fare bodybuilding tra le nuove generazioni. In passato diversi autori avevano già riscontrato, tra questi sportivi, l'impiego frequente di farmaci anabolizzanti, il rispetto di regimi dietetici molto rigidi, l'attitudine a comportamenti bulimici e anoressici o la presenza di insoddisfazione per il proprio corpo.

III.4 Lo sport come fattore di rischio nei Disturbi del comportamento Alimentare *Laura Dalla Ragione*

La relazione esistente tra sport che richiedono un basso peso corporeo (ginnastica artistica e balletto per le donne; atletica leggera e body building per gli uomini) e rischio di sviluppo di disturbi alimentari sembra essere un aspetto rilevante per l'instaurarsi di condotte alimentari non corrette che possono portare allo sviluppo di disturbi alimentari.

Si parla di "sindrome di Barbie", di "sindrome del palestrato", queste etichette indicano un preciso stile di vita e una ben definita percezione dell'immagine corporea, e costituiscono dei forti fattori predisponenti lo sviluppo e la modificazione dello stile di vita con regimi alimentari patologici.

Le adolescenti impegnate in attività sportive che richiedono un attento controllo del peso corrono un rischio, quasi doppio rispetto alle coetanee non sportive, di sviluppare comportamenti alimentari sbagliati e

poco salutari. Levatacce all'alba pur di non rinunciare alla corsa quotidiana, drammi e nervosismo se si è costretti a perdere una lezione di aerobica, analisi minuziosa allo specchio per scoprire grammi di troppo. Sono i "drogati di sport", per lo più maschi, accomunati dalla ricerca della perfezione fisica.

L'anoressia è caratterizzata dal rifiuto di mantenere il peso corporeo a un livello compatibile con età e altezza, le modalità per raggiungere questo stadio vanno dalle diete rigidissime, al vomito provocato attivamente, all'uso di diuretici, di lassativi, facendo un'attività fisica molto intensa al digiuno. In una società come la nostra, in cui le diete costituiscono una vera e propria ossessione, come si riconoscono comportamenti malati da quelli semplicemente messi in atto per essere in piena forma?. Qual'è il limite oltre il quale la dieta si trasforma in funesto meccanismo di autodistruzione?.

La caratteristica del comportamento anoressico è l'eccesso, non si hanno limiti, il traguardo non esiste, non si arriva mai alla forma "desiderata", e nell'impegno per realizzare questa forma come "necessità", non si possiede la lucidità mentale di capire che si sta andando verso la morte, infatti, nonostante le apparenze e i giudizi esterni, i soggetti "sovrastimano" le proprie dimensioni, e diventano addirittura incapaci di riconoscere la gravità delle proprie condizioni fisiche estreme.

Si affrontano diete prolungate e rigidissime, l'esercizio e la forma fisica divengono il centro degli interessi dei soggetti ammalati, tanto da influenzarne completamente la vita quotidiana, le attività, le scelte, i rapporti.

Chi soffre di anoressia, tende spesso a isolarsi per sfuggire a situazioni in cui potrebbe esserci il rischio di perdere il controllo. Lo "sport a tutti i costi" può rilevare una forma di bulimia: invece di vomitare per smaltire le abbuffate, si fanno ore di corsa, in parallelo, invece di rifiutare il cibo, si pratica sport in maniera maniacale con il preciso obiettivo di raggiungere modelli di perfezione. La ricerca affannosa di un corpo perfetto "sindrome di Barbie o Ken", appunto, l'attento controllo del peso e quindi dell'alimentazione, possono in alcuni casi trasformarsi in manie in cui è il cibo che controlla questi soggetti e non l'inverso.

La ragazza che pratica qualsiasi attività sportiva deve considerarsi, ovviamente, come un soggetto sano che presenta un fabbisogno energetico superiore a quello medio di una coetanea che non faccia sport.

Chi pratica uno sport, naturalmente, deve trarre le energie che gli servono dalla normale alimentazione, come del resto fanno tutti gli individui sani, ma da questi si differenzia per i consumi proporzionalmente aumentati.

Questi assunti ovvi e presumibilmente condivisi da chiunque pratici un'attività sportiva, sembrano essere messi in discussione dai risultati emersi da alcune ricerche orientate, appunto, ad analizzare la relazione esistente tra disturbi alimentari e attività fisica. Uno studio condotto dall'università del Minnesota, pubblicato sull'*American Journal of Health Promotion*, identifica la ginnastica artistica e il balletto come gli sports più pericolosi rispetto allo sviluppo di comportamenti alimentari sbagliati e poco salutari.

Per mantenere la linea ci sono ragazze che non esitano a usare farmaci anoressizzanti, lassativi o diuretici, fino ad arrivare a condotte di eliminazione quali il vomito auto-indotto. Secondo i dati raccolti, le ragazze che fanno sport strettamente legati al peso corporeo, hanno una volta e mezzo in più la propensione a sviluppare comportamenti alimentari sbagliati, rispetto alle loro coetanee. Diventa perciò particolarmente importante che istruttori di palestre, insegnanti di danza, allenatori di diverse discipline siano informati ed attenti ad intercettare i primi segni di tale disagio.

CAPITOLO IV

CERCARE AIUTO

Simonetta Marucci

Il Paziente è, letteralmente, “*colui che patisce*” e, quando si avvicina al medico lo fa con una aspettativa ben precisa di avere sollievo alla sua sofferenza. Il Paziente porta al Medico la sua intera esistenza, la sua storia, e la malattia stessa è inscindibile da colui che la manifesta ed entra a far parte indissolubilmente della sua storia e della sua identità³.

Il Medico deve leggere nei sintomi espressi dal suo Paziente, un linguaggio complesso del corpo che richiede di non fermarsi alla sola realtà visibile, ma la sua comprensione, affinché sia completa, deve considerare l'intero soggetto sofferente, la sua personalità, non trascurando neanche la sua condizione sociale e familiare. Nei DCA, quando il paziente chiede aiuto e decide di affrontare il cambiamento che noi chiamiamo “guarigione”, è necessario un approccio globale a tutte le problematiche, personali, familiari, sociali, un prendersi cura totale che parta dalla considerazione della sofferenza, piuttosto che della malattia come evento biologico. La prima richiesta di aiuto che ci viene dai nostri pazienti è quella di capire: capire se stessi, la malattia, il perché si sia arrivati a farsi del male...sono queste le domande più pressanti che emergono nei nostri gruppi terapeutici.

Uno degli strumenti utilizzati allo scopo di coltivare la consapevolezza, è rappresentato dalle tecniche “mindfulness”, termine che sta a significare la piena coscienza ed accettazione senza giudizio di ogni momento presente, “qui ed ora”.

Quando si comincia a prestare attenzione alle sensazioni ed a coltivare la coscienza, la visione del mondo cambia e si cominciano a percorrere, in modo del tutto naturale e senza sforzo, delle vie che supportano stili di vita sani, e che conducono alla guarigione.

³ Cfr. O. W. Sacks., *Biologia e identità*, in *Il sapere della guarigione*, a cura di P. Donghi, ed. Laterza, 1996

L'ansia per il futuro o il voltarsi indietro al passato, vengono esorcizzati dalla intenzionale attenzione agli aspetti della esperienza al momen-

to presente, che il più delle volte viene ignorata completamente. Si seguono le sensazioni del corpo, il respiro, espandendo poi la coscienza, dal corpo e dal respiro ad ogni altra sensazione ed emozione che si presenti, la quale verrà accolta semplicemente, senza essere né coltivata né soppressa.

Accettare attivamente se stessi aiuta a conoscersi e a scoprire che ciò che si ha dentro è il fattore più importante che decide come si dispiegherà la propria vita⁴. Nella salute e nella malattia, o meglio nella “sofferenza” che è un concetto più ampio di “malattia”, la consapevolezza implica la coscienza della propria identità. La guarigione, come afferma Cuzzolaro⁵, è un cambiamento profondo che deve integrare la crisi nella storia del soggetto. È quindi una crescita che necessita di strumenti legati proprio alla consapevolezza, ed alla accettazione del cambiamento.

IV.1 Aiutare nel riconoscere il problema *Simonetta Marucci*

Il corpo manda messaggi carichi di affettività, che il cervello elabora conferendo alla esperienza sensoriale dei significati legati alle esperienze individuali. Anche ammettendo la componente biologica della patologia non si può prescindere, nella sua interpretazione, dalla storia e dalla personalità del paziente. Ognuno costruisce il proprio mondo con le percezioni ed il Sistema Nervoso che ha, ed è da questa integrazione che la neurobiologia, oggi, deve prendere le mosse per interpretare i fenomeni in maniera più globale, superando la visione della malattia come “guasto” di un sistema che la medicina ha il compito di riparare.

⁴ Cfr. J. KABAT-ZINN, *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*, ed. Hyperion, 1994.

⁵ Cfr., M. CUZZOLARO, *Anoressie e Bulimie*, ed Il Mulino, 2004

I DCA rappresentano l'espressione di problematiche complesse, multifattoriali, dove identificare ciò che è patologico, per utilizzarlo come

punto di attacco della terapia, è estremamente difficoltoso poiché spesso i sintomi emergenti altro non sono se non espressione dei tentativi che l'organismo fa per trovare una via funzionale alla sopravvivenza. Qualsiasi disturbo mentale, come afferma Cuzzolaro⁶ è una soluzione più o meno provvisoria ed antieconomica ad una crisi, e perché ci sia guarigione occorre che il disturbo stesso diventi crisi e cessi di funzionare da soluzione. La PsicoNeuroEndocrinoImmunologia, fornisce una chiave di interpretazione delle risposte dell'organismo finalizzate alla sopravvivenza, e ci fa comprendere come spesso, tra queste risposte, ci siano anche i sintomi che si presentano in molte malattie.

Infatti, nel tentativo di reagire alle minacce patogene di vario genere, l'organismo mobilita il suo sistema di regolazione il quale, nell'elaborare delle risposte adattative, produce sintomi.

In presenza di un Disturbo del Comportamento Alimentare, quindi, per riconoscere il problema, acquistare la consapevolezza necessaria per iniziare il percorso di cambiamento, è necessario non confondere i problemi con i tentativi di soluzione, onde evitare di rivolgersi ai vari sintomi superficialmente, in modo solo soppressivo, perdendo di vista la radice fondamentale della patologia. Un esempio è rappresentato dalla amenorrea: i centri ipotalamici della fame e sazietà e quelli della riproduzione sono strettamente collegati e questa contiguità non può essere certamente casuale, soprattutto se consideriamo che, nei mammiferi, la capacità riproduttiva è strettamente subordinata alle disponibilità energetiche. Riproduzione ed alimentazione sono entrambe fondamentali al mantenimento della vita ed alla conservazione della specie.

Quando c'è un disturbo della alimentazione si ha, come compenso, una sospensione della funzione riproduttiva nel tentativo di regolazione omeostatica che, nel caso sia messa in pericolo la sopravvivenza individuale, concentra le sue energie per evitare la morte dell'individuo, mettendo temporaneamente in secondo piano la necessità di riprodursi per far sopravvivere la specie.

6 Ivi

Questo è, quindi, il senso della Amenorrea che si osserva precocemente e costantemente nella Anoressia e che va inquadrata come tentativo

omeostatico di compenso e non come sintomo da affrontare isolatamente, confondendo la patologia con il tentativo di riequilibrio che essa promuove. Spesso, soprattutto nella Anoressia, il primo specialista ad essere consultato è il ginecologo, proprio perché l'amenorrea è il sintomo più precoce e precede, il più delle volte, il dimagrimento evidente; è fondamentale che lo specialista individui tempestivamente il problema, indirizzando la paziente ad una terapia integrata del disturbo alimentare e non, invece, asseconi la richiesta "disfunzionale" di correggere l'assenza del ciclo, concentrandosi sul falso problema e fornendo l'alibi per non affrontare la problematica centrale.

In questa ottica il sintomo non sempre è, quindi, qualcosa da eliminare, ma si configura come linguaggio del corpo che necessita di interpretazione e di gestione rispettosa dei meccanismi innati, più che di semplicistica soppressione. Succede anche, nei DCA, che il digiuno o l'abbuffata siano elaborati dal soggetto come una modalità di risposta, a suo modo "vantaggiosa", finalizzata alla conservazione di un equilibrio, personale o familiare⁷. Si fa strada, quindi, una interpretazione più complessa e profonda, per i disturbi alimentari, che travalica il semplice inseguire una immagine corporea suggerita dai Mass-Media, dove il sintomo rappresenta un compromesso che permette di affrontare un disagio più profondo, ambientale e sociale e che, in altri tempi ed in altre realtà storiche, avrebbero assunto forme patologiche diverse⁸.

A volte il cibo è una ricompensa, una consolazione in situazioni stressanti o traumatiche, e allora anche la ricerca ossessiva del cibo assume il significato di una ricerca di equilibrio omeostatico, un tentativo di "autoterapia" messo in atto per contrastare uno stato di sofferenza.

⁷ Ivi

⁸ Cfr. Dalla Ragione L., *La casa delle bambine che non mangiano*, ed Il pensiero Scientifico Roma 2005

In questo senso il cibo riempie dei vuoti e lo stesso aumento di peso costituisce un "danno necessario" che protegge da disturbi psichiatrici

più gravi⁹. A sostegno dell'ipotesi già espressa sul Disturbo del Comportamento Alimentare, elaborato come strategia "protettiva" in situazioni di sofferenza e di conflitto, è altamente suggestiva l'altissima percentuale, circa il 30-35%, di riscontro anamnestico di abusi sessuali precoci nei DCA¹⁰. Esiste, infatti, uno stretto collegamento tra esperienze traumatiche, soprattutto legate ad abusi sessuali e fisici, specialmente se verificatisi in fasi precoci dello sviluppo psicosessuale, e l'insorgenza di queste patologie. Bambini abusati o maltrattati rivelano livelli più alti di disturbi alimentari oltre ad atti impulsivi e abuso di droghe¹¹. Sotto questo punto di vista, se il cibo rappresenta, in certe situazioni, elemento di "cura", di equilibrio, la sua ricerca compulsiva va interpretata non come nucleo centrale della malattia ma come un tentativo di guarigione dell'organismo che rincorre il proprio equilibrio omeostatico.

Se questo è vero, allora, la soluzione al problema del disturbo alimentare, qualunque esso sia, non può focalizzarsi solamente sulla rieducazione alimentare, ma deve coinvolgere il soggetto nella sua totalità mente/corpo.

È importante comprendere il significato funzionale del sintomo alimentare, elaborato per contrastare sensazioni di sofferenza.

Per evitare il dolore evocato da un trauma, dal richiamo mentale di uno shock, si ricorre al cibo, all'alcol, alle droghe...o si corre fuori dal cibo. Anche una situazione esistenziale può essere percepita come fortemente minacciosa per la propria integrità, e questo attiva il Sistema Nervoso Autonomo come sistema difensivo di emergenza la cui caratteristica principale consiste nella reazione di "lotta-fuga".

⁹ Cfr. J. M. Fernandez- Real., *Insulin resistance and inflammation in an evolutionary perspective: the contribution of cytokine/phenotype to thriftiness* in *Diabetologi*, n. 42, 1999.

¹⁰ Cfr. J. M. De Groot, *Correlates of sexual abuse in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa*, in *Can J Psik*, n. 37, 1992.

¹¹ Cfr. S. Wonderlich et al., *Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood*, in *Intern J Eat Disord.*, n. 30, 2001.

Quando però non si può né scappare né lottare, e si perde la possibilità

di gestire gli avvenimenti esterni, allora si sposta la lotta dal mondo esterno, in cui la sconfitta è sicura, ad una battaglia interiore che garantisce più efficacemente la padronanza su stessi e sui propri impulsi fisici¹². Si finisce per controllare la assunzione di cibo e la sua eliminazione e si proietta sul corpo il proprio desiderio di potenza.

Nel caso di un trauma da abuso, legato alla profanazione del proprio corpo, si innesca una sensazione di pericolo di vita che esige una risposta, inizialmente caratterizzata da incubi notturni, ansia, autoemarginazione. Il disturbo alimentare si elabora anche a distanza di tempo dal trauma e può essere legato alla riattivazione di emozioni legate ai cambiamenti del corpo che si verificano nella pubertà e che possono costituire verosimilmente un elemento che ripropone il tema della sessualità, riportando in superficie l'ansia connessa ad essa. Rifugiarsi in un corpo infantile, senza forme che costituiscano un richiamo sessuale, rappresenta un elemento di difesa nei confronti della possibilità di altri abusi e, nel rifiuto del cibo, si esprime la negazione del mondo esterno che si è rivelato traditore¹³.

Il corpo, vissuto come esperienza spiacevole risultante dall'abuso fisico, assume un'immagine negativa che si può esprimere anche con atti autolesionistici oltre il disturbo alimentare¹⁴. I disturbi del comportamento alimentare che si innescano nel corso dello sviluppo hanno, quindi, in questi casi, un significato di protezione e la negazione ed il rifiuto del cibo diventano una difesa nei confronti di chi aveva il compito di "nutrire" ed invece ha tradito: è la risposta ad un mondo esterno infido con cui non si vuole avere a che fare¹⁵.

¹² Cfr., R. M., Bell. *La santa anoressia*, ed Laterza, 2002.

¹³ Cfr., L. Dalla Ragione, *La casa delle bambine che non mangiano*, ed Il pensiero scientifico, 2005.

¹⁴ Cfr. J. Vanderlinden et al., *Dissociative experiences and trauma in eating disorders*, in *Intern J Eat Disord*, n.13, 1993.

¹⁵ Cfr. L. Dalla Ragione et al, *Trattamento ambulatoriale integrato su una corte di pazienti affette da bulimia nervosa con anamnesi di abuso sessuale, precoce e non. Valutazione ed esito*, in *Atti del Seminario Internazionale: Abuso sessuale e DCA.*, Reg. Umbria, Ass. Serv. Soc., Perugia 2003.

Per affrontare correttamente la strategia terapeutica dei DCA è, quindi, di fondamentale importanza la chiarificazione delle dinamiche sottostanti al disturbo ed ai sintomi con cui si manifesta.

La strada della guarigione passa attraverso la consapevolezza ed è legata più al sistema emozionale che al pensiero astratto: per ricomporre il proprio schema corporeo e, quindi, riconoscersi ed accettarsi, è necessario rimettere in comunicazione mente e corpo attraverso delle esperienze che recuperino le sensazioni positive, e l'amore verso se stessi, fondamentale per innescare il meccanismo di rivalutazione del sé.

Vivendo un sentimento positivo nei confronti di se stessi, quella che il Dalai Lama chiama "compassione", la persona sperimenta un sentimento di benessere interiore, di accettazione di sé che necessariamente non farà che aumentare l'autostima e la fiducia nelle proprie possibilità di essere artefici del cambiamento insito nella propria guarigione.

IV.2 E se nega? *Paola Bianchini*

Sono una madre di una ragazza di 22 anni con una diagnosi di anoressia nervosa, esordio del disturbo a 20. Sono anni che combattiamo nel cercare di farle capire la natura del problema e per risposta continua a dirci che da curare siamo noi, che lei sta benissimo, che non è vero che è sottopeso, che riesce a fare cose che prima le erano precluse e che si sente piena di energia. Il dialogo con lei è molto difficile, se parliamo di altri argomenti, allora forse, qualche contatto lo possiamo ancora avere, ma quando tocchiamo il problema alza un muro e rende impossibile qualsiasi intervento terapeutico. Di umore è oscillatorio, ci sono giornate sì, in cui qualche parola d'incontro è possibile e ci sono giorni di cupo mutismo in cui non è possibile avvicinarla, tutti i terapeuti contattati vengono mollati chi con una scusa, chi con un'altra: chi perché troppo assente, chi troppo presente, chi vuole darle medicine, chi le nega, chi le consiglia di lavorare, chi la dissuade dal farlo...insomma qualsiasi motivo, tutto e il contrario di tutto, per fallire ogni progetto di cura. Non nego che dopo due anni di questa altalena emotiva e psichica sono esausta e non so più come comportarmi, quando parlarle, come parlare, quando tacere ed andarmene.

Penso che forse lasciata sola, veramente sola, abbandonata anche da noi, si deciderebbe a qualche risoluzione, ma chi è capace di rischiare la pelle della propria figlia? E se poi il braccio di ferro fallisce?. Vorrei un aiuto vi lascio il numero per contattarmi, ancora grazie.

Quando la ragazza nega in maniera così evidente, c'è troppo poco spazio per poter negoziare una cura, i vantaggi dell'entrata nel disturbo restano ancora molto evidenti, di contro gli svantaggi appaiono come insostenibili; quindi è chiaro che alzino un muro da opporre a chiunque voglia intaccare quell'oasi felice che si è dimostrata il sintomo; nel sintomo hanno trovato esilio tutti i problemi, le ansie, le angosce che altrimenti sarebbero risultate devastanti per l'identità, il sintomo è una corazza e una protezione alle richieste interiori e verso il debito che si nutre con il mondo. Reclamare bussando alla loro porta, è inutile, bisogna preparare un terreno in grado di accogliere una nuova e rinnovata richiesta di salute verso l'esistente.

Le ragioni dell'ossessione sono sempre più forti di qualsiasi argomento di ragione, questo è importante chiarirlo, per questo restano vani i tentativi di fare un testa a testa con la malattia, bisogna aggirare l'ostacolo, trovare degli argomenti che preparino alle demolizioni delle ragioni del disturbo, e poi, giorno dopo giorno, come la famosa *goccia che scava la pietra*, aprirsi un varco e riallacciare un dialogo. Le parole possono farti ammalare, ci dice Viola, una nostra paziente: *le parole possono farti ammalare, le parole sono sempre più delle parole, sono troppo piene o troppo vuote qui ho capito che le parole possono farti guarire*. Le parole di cui si è fidata nel suo percorso terapeutico, non consolano, sono forti, a volte dure, impegnano, ma l'uso che ne ha fatto ha trasformato il suo mondo. Sono, le sue, parole meditate, sofferte, nessuna è passata immunemente nella vita, per questo ha dovuto aspettare, qualcosa di lei è morto per far posto al nuovo. Un nuovo linguaggio prepara l'uscita dal pensiero ossessivo; ammette la possibilità di cambiamento, sfidando la griglia interpretativa che irrigidisce ogni apertura verso il mondo.

Per guarire bisogna mettere in discussione quelle idee che sembrano ovvie, naturali; mettendole alla prova, qualche cosa si incrina, rivelando come un sistema perfetto, in grado di proteggere dall'esistenza, si dimostri fallimentare, chiuso, ottuso nei suoi criteri interpretativi.

Ogni giorno inforchiamo degli occhiali per interpretare la vita, ne

abbiamo bisogno per orientarci; l'uomo a differenza dell'animale non dispone di un patrimonio istintuale in grado di garantirgli la sopravvivenza: l'animale non pensa ciò che vive, l'uomo deve pensare per vivere. In questa zona operano le nostre visioni del mondo, le nostre scelte. Cosa siamo stati in grado di domandarci deciderà di che tipo di persona e di vita scegliamo.

IV.3 La motivazione *Simonetta Marucci*

Alla base della malattia c'è una interruzione del dialogo corpo-mente¹⁶ e, nella cura, si deve favorire la ripresa di questo dialogo, riattivare le capacità reattive attraverso una relazione terapeutica positiva e l'ascolto empatico.

Si può influire sullo stato mentale del Paziente, facendo leva sulle energie emozionali che finiscono poi per fare la differenza nella evoluzione della malattia. Che uno stato mentale possa essere così determinante nella evoluzione di una situazione patologica, non deve stupire: come si ammette l'esistenza della malattia psicosomatica, nella quale emozioni negative contribuiscono a creare danni organici nel corpo, deve essere vero anche il contrario, e cioè che uno stato mentale positivo sia in grado di curare. Uno stato mentale, riesce a modificare concretamente le relazioni tra le cellule nervose, cambia la materia del cervello e, attraverso la sua plasticità, si riflette sul corpo modificandone e guidandone le reazioni. Ciò che avviene nella mente del paziente, ed anche del medico, influisce sul decorso della malattia fin dal primo momento in cui i due si incontrano, ancora prima della diagnosi. Compito del terapeuta che si pone l'obiettivo di restituire salute e benessere, è quello di far leva sulle risorse che sono insite nell'organismo, senza le quali nessun processo di guarigione può essere innescato. Il corretto atteggiamento terapeutico è quello di coinvolgere il paziente aiutandolo ad attivare le sue forze di guarigione, inducendolo a fare un vero e proprio progetto di cambiamento.

¹⁶ Cfr., L. Chiozza, *Perchè ci ammaliamo?*, ed. Borla, 1998.

La motivazione ad impegnarsi in un percorso di cambiamento, dalla malattia alla guarigione, passa attraverso la consapevolezza di avere nelle proprie mani la possibilità di dare un corso diverso alla propria storia personale e, stabilendo una vera e propria alleanza con i terapeuti, con coloro che si impegnano a “prendersi cura”, si decide di “fidarsi” e di “affidarsi”, condividendo il comune obiettivo di ottenere il sollievo dalla sofferenza.

Nella ricerca della giusta motivazione è molto importante, per il paziente, accettare di non rinunciare alla propria parte di responsabilità nella terapia, e ad elaborare la malattia facendo sì che essa possa diventare un momento importante nel proprio cammino biografico. La motivazione rappresenta un complesso di fattori che determinano le azioni di un soggetto, le sue scelte, implica un concetto di movimento, una spinta ad abbandonare una condizione per andare verso un'altra. Il significato del termine “motivazione” si collega con quello di “emozione”, che ne condivide la radice collegata al concetto di “moto”: anche l'emozione ha in sé un elemento di azione, derivando dal latino “ex-movere”.

Ogni azione necessita di una emozione, ed i comportamenti emotivi esprimono tutti una componente intenzionale che racchiude la motivazione verso una certa scelta di cambiamento.

In realtà l'emozione non è un'entità astratta ma esiste in quanto espressa nel corpo. Il collegamento con l'Ipotalamo, che presiede ai fondamentali processi vitali della fame, della riproduzione, della termoregolazione, conferisce alla emozione la qualità di piacere o dolore. È quindi la sensazione di piacere e la sua influenza sulla chimica del cervello, il filo conduttore delle strategie di sopravvivenza e, per ciò che riguarda il rapporto con il cibo, dopo la connotazione emozionale positiva legata alla suzione, esso si rinforza attraverso i sensi del gusto e dell'olfatto, e con la tendenza ad associare il mangiare con contesti piacevoli. Le emozioni acquistano, quindi, un ruolo centrale anche nella comprensione della disinibizione del controllo della assunzione del cibo. Il Brain Reward System (BRS), l'area del sistema limbico connessa con le sensazioni di piacere-dolore, è influenzato allo stesso modo dal cibo e dalla musica, dall'alcol e dalle carezze, ed è un sistema strutturato geneticamente per garantire le risposte migliori finalizzate alla sopravvivenza.

Non si può intervenire su questo sistema andando “contro corrente”, imponendogli cioè delle risposte non codificate nel suo schema di funzionamento. Se il cibo, o altri comportamenti disfunzionali, quali l’iperattività fisica, che nei DCA si strutturano allo scopo di realizzare una gratificazione, un “premio”, noi non possiamo togliere il cibo o negare semplicemente tali comportamenti, poiché potremmo indurre una risposta compulsiva verso altre forme di gratificazione come l’alcol o le droghe. Possiamo, invece, “proporre” al BRS, laddove richieda un compenso, dei nuovi schemi di risposta: la musica, la danza, l’espressione corporea, le tecniche di meditazione, che risultano influire sulle stesse strutture agendo come “reward”.

La PsicoNeuroEndocrinoImmunologia, scienza che riconnette la Psiche, il Sistema Nervoso, Endocrino ed Immunitario, ci apre una finestra che illumina, almeno in parte, il mistero della grande complessità del rapporto mente-corpo, e ci chiarisce molti aspetti ponendoci, però, nello stesso tempo, nella necessità di rimettere in discussione l’impostazione terapeutica rivolta essenzialmente verso il sintomo, trascurando spesso quello che sta dietro e che costituisce il vero nucleo della patologia. Dal sintomo si parte come elemento da utilizzare per il cambiamento. Facendo leva su di esso, come fonte di conoscenza delle reazioni di quel preciso soggetto, si cerca di offrire al paziente un nuovo e più vantaggioso schema di risposta che metta in crisi la modalità precedente. Uno strumento utile a tale scopo sono le Tecniche di Rilassamento e Meditazione, le quali possono aiutare a superare i disagi di esperienze emozionali. I pazienti prendono più diretto contatto con la loro esperienza immediata e, simultaneamente, acquisiscono una certa distanza da essa¹⁷.

È possibile offrire un addestramento che metta i pazienti in condizione di gestire le proprie emozioni, indipendentemente da una ricerca spirituale, ed educare le persone a riconoscere le sensazioni e ad accettarle. L’esercizio regolare di queste pratiche determina un cambiamento nel vissuto emozionale e nei comportamenti, grazie ad una modificazione dei circuiti plastici cerebrali, attraverso stati mentali positivi¹⁸.

¹⁷ Cfr. , S. Wiser., *Dialectical behavior for Binge Eating Disorders*, in J Clin Psychol, 1999.

¹⁸ Cfr., S. Marucci, L. Dalla Ragione, *L’anima ha bisogno di un luogo*, ed Tecniche Nuove, 2007.

Qualsiasi pensiero negativo di rabbia, di paura, di rancore, se viene osservato nella sua evoluzione, come “una nuvola nel cielo” che si avvicina, passa e se ne va, si scioglie e perde la sua capacità invasiva. La pratica delle tecniche di meditazione concentra l’attenzione sulle qualità e sulle modalità positive di reazione, che portano ad una maggiore consapevolezza e sintonia tra mente e corpo. Il senso di coerenza che si sperimenta permette di rendersi conto dell’esperienza vissuta acquistando coscienza della sua transitorietà e della propria possibilità di sopportarla e di darle un significato. È chiaro che la struttura della personalità non cambia, ma si modifica qualcosa della relazione tra sé ed il mondo. La Meditazione non equivale ad una Psicoterapia, né la può sostituire, ma ne diventa un complemento indispensabile nelle situazioni in cui si verifica un rifiuto all’approccio psicoterapico e c’è una chiusura alle psicoterapie verbali.

Anche se non dobbiamo trascurare alcun elemento utile alla terapia, in una situazione clinica così complessa, come quella dei DCA, considerare la regolazione dei ritmi endogeni dall’interno, è sicuramente una via da seguire, proprio perché sostenuta da evidenze fornite anche dagli strumenti di indagine scientifica.

Il processo che porta alla conoscenza del proprio corpo, mediata non dall’immagine esteriore, ma dalla ripresa di contatto con le proprie sensazioni, libera dal giudizio e va di pari passo alla acquisizione della consapevolezza, alla accettazione amorevole di sé, offrendo nuove prospettive esistenziali e nuove soluzioni legate alla riscoperta delle proprie risorse personali e delle proprie qualità. La decisione di integrare il percorso terapeutico residenziale con tecniche di rilassamento e meditazione è motivata da molte evidenze scientifiche in tal senso, e dal fatto che, se il sintomo è espressione di una strategia difensiva e compensatoria finalizzata alla ricerca di un equilibrio, occorre non negarlo o sopprimerlo ma offrire “soluzioni” alternative più vantaggiose del sintomo disfunzionale e più orientate alla autoconservazione.

IV.4 Capire cosa rappresenta la malattia *Simonetta Marucci*

Ogni epoca storica ed ogni società hanno cercato di interpretare la malattia, nel tentativo di darle un senso, considerandola a volte come interruzione di un equilibrio naturale, altre volte come necessaria espiazione per le colpe commesse fino ai giorni nostri in cui si tende riduttivamente a ricondurla esclusivamente ad una alterazione dei meccanismi biologici.

La malattia però, quando accade, si inserisce nella vita del paziente e della sua famiglia, modifica equilibri e ne crea di nuovi, entra a far parte della storia della persona: molti, pur condividendo la stessa malattia, la esprimono nella propria esistenza, in un modo unico ed irripetibile.

Una parte della Medicina ha certamente a che fare con la biologia ma c'è una buona metà di essa che riguarda l'identità della persona e la struttura della sua vita¹⁹. Grande interesse intorno alla salute è riservato anche dai mezzi di comunicazione di massa, i quali però tendono a concentrare l'attenzione sul corpo, limitatamente però al suo aspetto, alle performances che può raggiungere, alla sua esteriorità.

La cura del corpo che emerge da queste premesse, rischia troppo spesso di diventare una sorta di "manutenzione" della facciata²⁰, fatta da una serie di "restauri", aggiustamenti, cercando di fermare il tempo, interpretando come "malattia" anche il normale processo di invecchiamento, o normali situazioni fisiologiche come la Menopausa, quasi ad esorcizzare la paura legata allo scorrere del tempo verso il momento della morte.

Questa ricerca del corpo ideale racchiude un business, un giro economico forse superiore anche a quello della industria farmaceutica la quale, in ogni caso, non perde certo l'occasione di inserirsi in questo delirio di modificazione del corpo, proponendo la possibilità di cambiare in maniera opportuna anche i meccanismi della mente, attraverso una spinta sempre più insistente all'uso di psicofarmaci²¹.

¹⁹ Cfr., O. Sacks, *Biologia e identità*, in *Il Sapere della guarigione*, a cura di P. Donghi, ed. Laterza, 1996.

²⁰ Cfr., R. Guidieri, *La manutenzione*, in *Il sapere della guarigione*, a cura di P. Donghi., ed. cit.

²¹ Cfr. , S. Marucci, *La cura*, ed Rivoluzione Naturale, 2007.

La Medicina tende a trascurare completamente l'aspetto della spiritualità, confondendolo spesso con la religione, di cui rappresenta un aspetto ma con la quale non si identifica. L'uomo si ammala quando perde il rapporto armonico con la propria interiorità e col mondo. La malattia non è un guasto di un organo né un incidente di percorso ma si collega alla identità del soggetto, e viene condizionata dalla sua reattività: il corpo si ammala in modo diverso, anche in presenza della stessa causa scatenante, e la differenza è rappresentata dalla diversa reattività della persona, per cui è troppo semplicistica l'interpretazione lineare di causa-effetto, ma occorre applicare alla concezione della malattia un modo di ragionare "sistemico", che tenga conto della complessità dell'organismo vivente. Questo vale per tutte le malattie, comprese quelle in cui la causa è un virus o un batterio: essi sono condizioni necessarie, ma non sufficienti per provocare la malattia, altrimenti dovremmo aspettarci, nel corso di epidemie influenzali, che tutti cadano malati nello stesso modo, mentre la realtà rivela molte sfumature della espressione della patologia, dal semplice raffreddore alle complicanze più gravi.

Se questo è vero per malattie come quelle sopra citate, per le quali sembrerebbe evidente il rapporto di causalità, quando ci troviamo ad affrontare situazioni complesse come quella dei Disturbi del Comportamento Alimentare, la necessità di un approccio mentale allargato, attento alla multifattorialità della patologia, è quanto mai necessario, allo scopo di non elaborare risposte semplicistiche che si rivelerebbero inefficaci.

Riflettendo per un attimo sul significato del mito del Vaso di Pandora, a cui fa riferimento il titolo, ricordiamo che da esso erano usciti, per spargersi nel mondo, la sofferenza, la malattia e la morte. Nel fondo del Vaso rimane però la Speranza. Nella malattia, questa metafora trova concretezza nel fatto che i sintomi, sono certamente espressione della patologia, ma rappresentano, nello stesso tempo, il tentativo di guarigione che l'organismo sta mettendo in atto attivando tutte le proprie difese. Questa chiave di lettura capovolge il significato del sintomo, non più da sopprimere, bensì da valorizzare come elemento di comunicazione del corpo, che va interpretato e recuperato nella sua forza

espressiva, ai fini della guarigione. La sofferenza suscita sempre interrogativi e sfugge ad ogni valutazione materiale e tentativo di oggettivazione. Coloro che, in ogni tempo, si sono misurati con la malattia, hanno cercato di rendere tale evento interpretabile, e si è incominciato a dare significato ai segni del corpo cercando un senso nella loro espressione attraverso la codifica di una scienza, la Semeiotica, che ha per oggetto lo studio dei segni che il corpo utilizza per comunicare e attraverso la interpretazione dei quali il medico può arrivare a formulare una diagnosi corretta.

Come ogni linguaggio, anche quello del corpo ha bisogno di un codice di interpretazione, di una sorta di “grammatica” che permetta di dare il corretto significato alle parole ed alle frasi che noi chiamiamo “sintomi”. La cosa che oggi la Medicina fa fatica ad accettare è che la malattia sia un evento fondamentalmente riparativo e che, attraverso l’espressione del sintomo, si possa leggere contemporaneamente la strada che l’organismo sta seguendo per reagire ad eventi variabili ed, in questo modo, ristabilire l’equilibrio. Le modalità con cui la malattia si esprime ci aiutano a risalire alla causa ed ai meccanismi che sono alla base della espressione patologica che osserviamo, ma, nello stesso tempo, ci dicono molto sulla reattività dell’organismo e sulle sue risorse di guarigione, sulla rete di relazioni volta a mettere in campo tutte le forze che possano garantire la sopravvivenza. Un esempio lo possiamo trovare in qualsiasi forma influenzale: la febbre, e tutti gli altri sintomi che si vengono a determinare in corso di malattie infiammatorie, rappresentano effetti biologici delle citochine, che sono delle sostanze prodotte dal Sistema Immunitario, finalizzate alla difesa della integrità fisica che, quindi, assumono un significato di un linguaggio, di un alfabeto che le varie parti del corpo comprendono, e che permette loro di attivare reazioni adattative finalizzate al ristabilimento dell’equilibrio ed alla sopravvivenza. Nello stesso tempo, però, producono i sintomi, che tutti noi abbiamo sperimentato, e che ci rivelano la strada che sta seguendo l’organismo per ritrovare l’equilibrio. Quando parliamo di elementi che minacciano l’integrità dell’organismo, non dobbiamo pensare solo a cause esterne “materiali”, come possono essere batteri o virus,

ma lo stesso tipo di modello reattivo è ugualmente applicabile quando la minaccia all'integrità del vivente è rappresentata da un antigene "emozionale". Anche le emozioni, infatti, esercitano un effetto visibile sul Sistema Immunitario e sull'equilibrio delle citochine e gli effetti di un evento stressante si spingono fino ad influenzare i processi che, all'interno delle cellule e del loro nucleo, hanno la funzione di mediare la proliferazione e la crescita cellulare²², spiegando così come anche le malattie tumorali siano collegate statisticamente a situazioni psichiche stressanti.

Tutto ciò naturalmente non è inevitabile, poiché esiste la possibilità per l'organismo di adattarsi e di reagire in maniera efficace. I tre sistemi coinvolti nella reazione di adattamento, cioè il Sistema Nervoso, Endocrino ed Immunitario, rappresentano le risorse che l'organismo mette in campo ogni volta che si presenta la necessità di adattarsi ad un cambiamento interno o esterno. Sono ben note le relazioni tra stato nutrizionale ed equilibrio ormonale, soprattutto in rapporto alla capacità riproduttiva, sempre con significato adattativo. Un esempio, in questo senso, ce lo fornisce la Anoressia Nervosa, dove sintomo precoce è l'amenorrea²³.

La sospensione del ciclo mestruale, è una costante in tutte le condizioni di denutrizione poiché, quando è a rischio la sopravvivenza individuale, la procreazione finalizzata alla sopravvivenza della specie passa in secondo piano. In questo senso, allora, il sintomo acquista un significato diverso e suggerisce, non una reazione patologica, ma il tentativo dell'organismo di difendersi e di concentrare le sue energie allo scopo di mantenersi in vita.

Potremmo, quindi, interpretare l'amenorrea dell'anoressica come un tentativo di compenso, di guarigione e non come elemento patologico da correggere di per sé.

²² M. Biondi., *Effects of stress on immune functions: an overview*, In Ader R., Felten D., Cohen N., *Psychoneuroimmunology*, III ed., vol. 2, cap. 39, Academic Press, 2001

²³ Assenza del ciclo mestruale

Eppure, nella storia clinica di queste pazienti, si rileva la pressoché costante prescrizione di terapia ormonale finalizzata al ripristino del ciclo, terapia inutile quanto dannosa in quanto, non solo non corregge i meccanismi alla base dell'amenorrea ma, dando l'illusione che si stia facendo qualcosa, si ritarda pericolosamente il vero intervento sulla malattia, che deve necessariamente essere di natura psicologica e cognitivo-comportamentale.

L'esperienza che da anni stiamo maturando a Palazzo Francisci, con terapie prevalentemente non farmacologiche dei DCA, rinforza la convinzione che le modalità di espressione dei sintomi possano essere utilizzate come modalità di guarigione²⁴.

La terapia deve tener conto della variabilità dei casi, e chi si occupa della cura, nella misura in cui ascolta ed è attento al dispiegarsi della vicenda esistenziale del proprio Paziente, può contribuire a scrivere insieme a lui la sua storia.

Di fronte alla malattia il Paziente deve essere aiutato a trovare la spinta per progettare il cambiamento necessario per decidere di guarire. Nella misura in cui, partendo dalla sofferenza, si riesce a farne un punto di partenza da cui trarre energie e risorse per superarla, la malattia può diventare una occasione di crescita spirituale, una occasione di cambiamento inscritta nella propria storia, e non uno sgradevole incidente di percorso. La spiritualità è un fatto personale, implica la visione del mondo, può esistere al di fuori della religione la quale è, invece, una esperienza condivisa da più persone che in essa si identificano. Ormai da più parti si auspica un approccio olistico alla cura, che consideri l'aspetto emozionale accanto a quello biologico, ma in questo mercato medico competitivo e orientato alla efficienza, gli operatori sanitari sono formati a concentrarsi sulla malattia con interventi standard, e non c'è alcuna considerazione per l'aspetto spirituale che, invece, è l'unico a fare della malattia una esperienza esistenziale di crescita che può portare ad una diversa concezione della vita²⁵.

²⁴ S. Marucci, L. Dalla Ragione, *L'anima ha bisogno di un luogo*, ed cit.

²⁵ Cfr., TU. Ming-Shium *Illnes: an opportunity for spiritual growth*, in *The Journal of alternative and complementary medicine*, vol 12, n 10, 2006.

IV.5 Terapie: come scegliere? *Laura Dalla Ragione*

La scelta delle terapie

*La malattia è il lato notturno della vita,
una cittadinanza onerosa.
Tutti quelli che nascono hanno una doppia cittadinanza
nel regno dello stare bene e nel regno dello stare male.
Preferiremmo tutti servirci soltanto del passaporto buono,
ma prima o poi ognuno viene costretto,
almeno per un certo periodo,
a riconoscersi cittadino di quell'altro paese.*

Susan Sontag

Negli ultimi anni la ricerca scientifica ha dimostrato che ci sono motivi reali di ottimismo nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione, solo se lo stesso è condotto da specialisti del settore che interpretano un modello di intervento altamente strutturato, che include l'approccio nutrizionale, l'approccio psicologico, il lavoro con la famiglia. Gli orientamenti internazionali e nazionali degli esperti in materia considerano ormai indispensabile un approccio interdisciplinare integrato per il trattamento dei Disturbi del comportamento alimentare, che si è dimostrato più efficace nella cura e nella riabilitazione di tale disturbo. La Commissione di Studio del Ministero della Sanità per l'Assistenza ai pazienti affetti da Anoressia e Bulimia Nervosa, ha pubblicato nel 1998 alcune indicazioni specifiche in merito al trattamento di queste condizioni. Secondo tali indicazioni la terapia dei DCA deve essere concepita in termini interdisciplinari ed integrati. Sono necessarie strutture di cura, in cui collaborino sistematicamente figure professionali diverse: internisti, nutrizionisti, psichiatri, psicologi, filosofi, clinici, dietisti, privilegiando, senza mai escludere l'altro, il versante somatico o psichico a seconda delle fasi della malattia. Il programma terapeutico ai vari livelli deve essere di tipo multidisciplinare, prevede cioè la collaborazione di più figure professionali che lavorano in una équipe

congiunta, con una presa in carico globale del paziente, adottando le stesse tecniche di intervento e un linguaggio comune con le pazienti. A seconda della gravità del quadro sono necessari livelli di assistenza diversi: ambulatorio day-hospital, ricovero in Ospedale in caso di urgenza, trattamento residenziale e semiresidenziale per il programma riabilitativo.

Non c'è dunque un livello terapeutico migliore di un altro ma a seconda della gravità un intervento può essere più appropriato di un altro. Tale rete, completa delle sue parti, consente di fornire alle pazienti un percorso assistenziale coordinato e complessivo, valutando attentamente l'utilizzazione dei vari gradi di assistenza durante le diverse fasi della terapia.

Il trattamento ambulatoriale

Il trattamento ambulatoriale rimane il trattamento d'elezione nel 60% dei casi, ma per essere efficace deve essere effettuato da un'equipe che comprenda tutto gli aspetti: psicologici, internistici, nutrizionali e di terapia o sostegno della famiglia.

Le evidenze scientifiche supportano tale affermazione ma anche la nostra esperienza dimostra che quanto più l'intervento è integrato e coordinato, tanto più si ottengono risultati favorevoli.

In altre parole, un buon lavoro psicologico svincolato da qualunque supporto nutrizionale e da una pianificazione dietologica, o viceversa un buon lavoro sul piano dell'alimentazione non connesso agli aspetti emotivi ad essa associati, hanno entrambi sicuramente meno probabilità di efficacia di un lavoro intrecciato, in cui la paziente possa contemporaneamente affrontare le problematiche corporee e quelle psicologiche.

Un trattamento ambulatoriale ben coordinato non può durare meno di due anni, proprio perché non è solo il peso o il sintomo a dovere essere modificato ma ciò che muove internamente il disturbo. Il trattamento ambulatoriale deve necessariamente coinvolgere i familiari sia che la paziente sia minore e viva con i genitori, sia che la paziente abbia invece già formato una sua famiglia.

Il ricovero in urgenza

Ci sono casi, quando l'indice di massa corporea scende sotto 14 che il ricovero in Ospedale si rende necessario. Va fatto in strutture ospedaliere preparate ad accogliere questo tipo di pazienti e per il minore tempo possibile.

Anche in questo caso è necessario che, oltre ai clinici, sia presente almeno in consulenza una figura psicologico-psichiatrica che possa aiutare la gestione della paziente e dei suoi genitori.

In alcuni casi, per fortuna non frequenti, quando la paziente rifiuta le cure e rischia la vita si rende necessario il Trattamento Sanitario Obbligatorio, che può essere effettuato solo in Reparto Psichiatrico e che comunque non conviene mai prolungare oltre lo stretto necessario.

Il Day-Hospital

Una forma intermedia di assistenza è il Day- Hospital, dove la paziente svolge un programma diurno che permette di svolgere una riabilitazione psiconutrizionale, senza interrompere la propria normale quotidianità. Può essere utile per ragazzi molto giovani, dove c'è una buona motivazione e dove il contesto familiare sia abbastanza solido.

Il Trattamento Residenziale

Premettiamo intanto che la riabilitazione psiconutrizionale può svolgersi solo in ambiente extraospedaliero. Il trattamento residenziale può rappresentare infatti o il proseguimento terapeutico in ambiente protetto di una degenza ospedaliera acuta o una alternativa al ricovero stesso che soprattutto per ragazze molto giovani, a volte bambine, può determinare gravi effetti secondari.

La durata della degenza varia dai 3 ai 5 mesi ed è tale da consentire un recupero ponderale e la costruzione di una consapevolezza della patologia che possa essere accettata dalla paziente.

L'accesso alla struttura viene stabilito dall'equipe su proposta del medico curante, dei servizi territoriali, direttamente su richiesta della paziente o dei genitori della stessa.

È necessaria l'adesione delle pazienti al programma con incontri preliminari di motivazione e con la costruzione di un contratto terapeutico ben stabilito, che viene sottoscritto dalla paziente e, nel caso sia minore, anche dai genitori della stessa. Il programma riabilitativo residenziale ha caratteristiche di alta specializzazione ed intensità assistenziale: l'organizzazione della giornata è estremamente strutturata, sia nella attenta gestione dei pasti, che in attività volte a fare riacquisire alle pazienti una gestione della alimentazione corretta. Il programma prevede diverse fasi assistenziali sia dal punto di vista psicologico che nutrizionale. Durante la degenza vengono fatti incontri con i familiari delle pazienti ricoverate.

Imparare a nutrirsi

La riabilitazione nutrizionale a qualunque livello di trattamento è strettamente connessa a quella psicologica: l'una non procede senza l'altra e la contemporaneità dell'intervento terapeutico garantisce una efficacia senz'altro maggiore rispetto a quella delle terapie condotte singolarmente.

Nel trattamento del disturbo alimentare è necessario "farsi largo" attraverso gli aspetti somatici, che altrimenti potrebbero invadere completamente la scena psichica, impedendo quindi qualunque accesso ai processi e alle dinamiche emotive del disturbo.

I contenuti mentali sono completamente sommersi dai digiuni forsenati, dagli squilibri elettrolitici, dall'estenuante ricorso al vomito autoindotto. E, soprattutto, dall'ideazione ossessiva, martellante, persistente, instacabile che opprime chi è affetto da un disturbo alimentare. Non è ipotizzabile pensare di attendere la remissione di questa sintomatologia, prima che i contenuti psichici possano diventare accessibili e utilizzabili nel lavoro psicoterapeutico. È necessario dedicare tempo ed energie all'aspetto nutrizionale, corporeo ed internistico della paziente, e considerare questo aspetto del trattamento fondamentale quanto quello psicologico. Un lavoro collettivo. Nell'intreccio tra psiche e soma, tra curare e prendersi cura, tra urgenza internistica e catastrofe psicologica, tra famiglie "in scacco" e figlie oppositive, il lavoro integrato, coordinato dell'equipe dei curanti, diventa fondamentale.

La terapia individuale, di gruppo, familiare, attuata attraverso le diverse figure professionali, permette di intervenire sui meccanismi di attaccamento del paziente, che costituiscono, in fondo, uno dei principali bersagli della cura. Terapia individuale, di gruppo e familiare costruiscono più efficacemente una possibilità di uscita dal tunnel della malattia, attraverso la ricomposizione di quella scissione tra corpo e mente, che sta alla base del disturbo. La presenza di più terapeuti è un modo particolarmente efficace di assicurare una buona modulazione nell'intensità e nell'attivazione del sistema di attaccamento e sicuramente comporta una riduzione del numero dei drop-out (attacco e interruzione della terapia), fenomeno non poco rilevante nel trattamento dei DCA.

La continuità delle cure

Uno degli aspetti più difficili da gestire per i pazienti e i loro familiari è sicuramente quello della continuità delle cure tra un livello di assistenza e un altro. Cosa succede ad esempio quando una paziente, seguita in ambulatorio, si aggrava e deve quindi essere ricoverata in Ospedale o in Residenza?.

Nella maggior parte delle regioni italiane le famiglie sono costrette a cercare da soli il posto letto in Ospedale o in residenza esponendo se stessi e le pazienti ad un grave stress. È necessario invece che questo processo di transizione tra un livello e l'altro sia gestito interamente dall'equipe dei curanti, concordando con la famiglia e il paziente questo passaggio e rassicurando tutti sul fatto che cambiamento del progetto terapeutico non è necessariamente negativo, ma può costituire un altro gradino verso la guarigione.

Questo significa che in ogni regione dovrebbe essere presente una rete di intervento, completa in tutte le sue parti che possa consentire delle cure accessibili ai pazienti, senza costringerli ad interminabili viaggi della speranza.

Gli psicofarmaci servono?

Le Linee Guida internazionali e tutta la letteratura ci dicono che i farmaci hanno un effetto molto limitato nel trattamento della bulimia e del DAI, e praticamente nessuna efficacia nella terapia della anoressia. Possono essere utili nel caso di una compresenza di altri disturbi psichiatrici, per esempio in presenza di un grave quadro depressivo, non secondario alla malnutrizione o di disturbo da attacchi di panico. Teniamo anche conto che in molti casi le pazienti sono sotto i 18 anni o addirittura sotto i 14 anni, laddove quindi gli effetti di tali farmaci non sono stati valutati e o addirittura ne viene sconsigliato l'uso. Vanno quindi usati con grande cautela, solo in casi di necessità e comunque per brevi periodi.

IV.6 Si guarisce? *Laura Dalla Ragione*

Oggi di questi disturbi si può guarire. I trattamenti sono ormai molto specializzati e ci confortano, sulla possibilità di recupero piena di questi pazienti. Come per tutte le patologie l'intervento precoce e un trattamento tempestivo sono decisivi. È importante che i trattamenti siano specializzati e integrati.

L'ossessione è la vera caratteristica comune a tutti i Disturbi.

Il vero nucleo psicopatologico del disturbo. Alla domanda "Quanto pensi al cibo e al peso?". La risposta, quando il disturbo è conclamato è: "sempre, dalla mattina alla sera ininterrottamente". I sintomi sono la punta dell'iceberg e non è quando questi scompaiono che la malattia è sconfitta. La malattia va davvero in remissione quando spariscono queste terribili ossessioni. I genitori devono sapere che un trattamento non dura mai meno di due anni, ma la vita delle ragazze riprenderà il loro corso normale: potranno fare figli, riprendere a studiare, a lavorare ad avere una vita di relazione. Lavoriamo dunque sulla speranza.

L'attaccamento al sintomo

Ci domandiamo spesso perché le pazienti non rinunciano al disturbo, o perché c'è la ricaduta. Dobbiamo sempre pensare che il sintomo ha sempre una buona ragione per esistere e che svolge una funzione importante, spesso indispensabile alla struttura identitaria di quella persona. Esistono molti vantaggi secondari al sintomo, insieme agli svantaggi, dobbiamo perciò con il paziente trovare le ragioni del suo attaccamento, rispettandole e trovando con lui delle strategie alternative.

Alcune di queste ragioni, quelle che noi chiamiamo fattori di mantenimento del disturbo, hanno a che fare con la paura che senza il sintomo non saranno amate e accudite e che nessuno si occuperebbe di loro da sane. In altri casi, la paura è quella che senza il sintomo anoressico o bulimico potrebbero impazzire davvero, scompensarsi. Purtroppo, ciò è vero, in qualche caso ed è necessario discutere con il paziente di questa eventualità, per tranquillizzarlo sulla sua reale possibilità di reggere un cambiamento così grande come quello di una guarigione.

Le ricadute sono eventi che hanno a che fare con questo tipo di preoccupazione, sono come un modo di ripercorrere la vecchia strada, magari per poi abbandonarla davvero definitivamente.

Non vanno, per questo, mai drammatizzate, ma anzi vanno lette sempre in chiave evolutiva, come un passaggio ulteriore verso la guarigione.

IV.7 Lo stato dell'arte dell'assistenza DCA in Italia:

a chi rivolgersi? Elisa de Meo

I Disturbi del Comportamento Alimentare hanno raggiunto numeri tali da spingere a farli considerare una vera e propria emergenza sanitaria. I dati mondiali dicono che una donna su dieci tra i 12 e i 25 anni è affetta da un Disturbo del Comportamento Alimentare. La situazione italiana, di cui non esistono dati ufficiali aggiornati, non si discosta tuttavia dai numeri relativi al resto del mondo. Nonostante questo, nel nostro Paese non esiste ancora una cultura e una struttura dell'assistenza in materia di DCA in grado di dare delle risposte appropriate al bisogno di cura. Ma qualcosa si sta muovendo. Il 19 settembre del 2007 il Ministero della Salute ha siglato con il Dipartimento per le Politiche Giovanile e le Attività Sportive un Protocollo di Intesa, denominato Guadagnare Salute, nell'ambito del quale ha voluto includere un obiettivo specifico dedicato a contrastare la diffusione epidemica di Anoressia, Bulimia e degli altri Disturbi del Comportamento Alimentare tra i giovani. L'obiettivo ha preso forma in un Progetto di Ricerca-azione denominato "Le buone pratiche di cura e la prevenzione sociale nei Disturbi del Comportamento Alimentare" realizzato con il coinvolgimento di 13 soggetti che a vario titolo si occupano di DCA. Per la realizzazione del Progetto, Ministero della Salute e POGAS hanno inteso affidare la supervisione scientifica e il coordinamento tecnico alla Regione Umbria che con la sua rete integrata di assistenza è la prima Regione ad aver applicato compiutamente e interamente nell'ambito del servizio pubblico le indicazioni scaturite dal lavoro della Commissione di studio del Ministero della Salute per l'Assistenza ai pazienti affetti da Anoressia e Bulimia Nervosa; Commissione che nel 1998 ha pubblica-

to alcune indicazioni specifiche in merito al trattamento dei DCA che ipotizzavano quattro livelli di trattamento, a seconda delle necessità di intervento: ambulatorio, day-hospital, ricovero ospedaliero in fase acuta e residenzialità extraospedaliera. Il lavoro della Commissione prospettava una futura rete di assistenza su tutto il territorio nazionale. Cosa che è avvenuta solo in minima parte e neppure a macchia di leopardo, viste le lacune in materia esistenti nelle aree centrali e soprattutto meridionali del Paese.

Esistono infatti pochi esempi di Regioni che hanno realizzato percorsi di cura completi che applichino un approccio multidisciplinare di orientamento biopsicosociale. Anzi nella maggior parte delle Regioni esiste un solo livello, solitamente l'ambulatorio. Non che l'ambulatorio sia di per sé inappropriato; semplicemente non è sufficiente. Se è vero che la maggior parte dei casi di DCA infatti possono essere efficacemente trattati in ambulatorio, è altresì vero che per alcuni casi questo approccio è insufficiente se non addirittura dannoso allor quando si traduce in un peggioramento delle condizioni di salute dovuto alla inadeguata natura e intensità del trattamento.

Quando poi l'ambulatorio si rivela insufficiente e le condizioni cliniche richiedono un trattamento più intensivo, nella maggior parte dei casi il paziente viene ricoverato in SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) o in Pediatria o ancora in Medicina Interna; tutti reparti in cui sono "ospitati" i pazienti DCA, nessuno dei quali è specificamente e interamente dedicato al trattamento di queste patologie, quindi giudicabile appropriato ed efficace. È ormai dimostrato che il luogo della cura è un elemento essenziale del percorso terapeutico, non un aspetto accessorio. Esiste un luogo per ogni fase della malattia: quando la persona è in pericolo di vita, è corretto che venga ricoverata in ospedale; ma dovrebbe trattarsi di una condizione temporanea, limitata al tempo necessario a ripristinare i parametri vitali e riportare la persona fuori dal pericolo.

Accade troppo spesso invece che la degenza in ospedale si protragga per mesi inficiando i risultati di una riabilitazione biopsicosociale che dovrebbe avvenire fuori dall'ospedale, in un luogo dedicato dove il paziente possa ricevere tutti trattamenti necessari in un ambiente idoneo. Se sono pochissime le Regioni in cui funziona una rete integrata

di servizi dedicati ai DCA, la situazione è ancora più critica quando si parla della riabilitazione in ambiente extraospedaliero: l'unica Regione in Italia a possedere un centro pubblico di questo tipo è l'Umbria che ha fatto un grosso investimento sui Disturbi del Comportamento Alimentare, creando una rete di servizi che è arrivata oggi a un livello di specializzazione altissimo; è di recentissima apertura il Centro di Diagnosi e Cura per il Disturbo da Alimentazione Incontrollata e l'Obesità di Città della Pieve, che va ad aggiungersi agli altri presidi dedicati al trattamento di Anoressia e Bulimia. Meritano di essere citati la Basilicata con il Centro di Riferimento Regionale per la cura dei DCA e del peso Giovanni Gioia di Chiaromonte, il Piemonte che sta realizzando una struttura pubblica di riabilitazione residenziale interamente dedicata ai DCA, pensata per completare un percorso assistenziale di ottimo livello che fa capo al Centro Pilota Regionale per i DCA delle Molinette di Torino.

Una situazione senz'altro migliorabile, quella italiana. Di fronte al dilagare della malattia la cui incidenza è in continuo aumento, il Progetto nel suo insieme vuole dunque essere uno strumento inteso a fornire delle risposte più appropriate e tempestive alla domanda e al bisogno di cura di chi soffre di un DCA.

È certamente essenziale infatti che chi arriva alle cure abbia a disposizione un team multidisciplinare di professionisti che lavorino in maniera integrata e possa accedere al meglio delle terapie di cui sia stata accertata l'efficacia con metodi rigorosi; ma è altrettanto essenziale, se non di più, che alle cure ci arrivi; e che ci arrivi in tempi rapidi, senza necessariamente vivere l'esperienza di ricerca spasmodica e di disorientamento che spesso affronta chi ha o sospetta di avere un DCA e inizia a muoversi in quelli che più che i percorsi sono spesso i labirinti assistenziali della offerta pubblica e privata.

Molti dei drop out, teniamone conto, sono dovuti a difficoltà di accesso e discontinuità riscontrate nel percorso assistenziale. È noto inoltre che minore è la durata della malattia, più favorevole è la prognosi. È proprio in questa ottica che si è sviluppato il progetto che mira, nell'ambito di un più generale obiettivo di costruzione di un protocollo di Buone Pratiche nel trattamento dei DCA, a delineare una mappa dettagliata dei servizi dedicati ai DCA, colmando così un importante vuoto di informazione sanitaria primaria in questo ambito.

Il censimento che darà luogo alla mappa riguarderà le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere, le altre strutture pubbliche come IRCS e Policlinici universitari, nonché le strutture private e le Associazioni, che hanno svolto e svolgono una preziosa attività di supporto e orientamento ai pazienti e alle loro famiglie. Il censimento rileverà diversi parametri, tra cui le caratteristiche strutturali e organizzative, la tipologia di prestazioni erogate, la dotazione di personale, il livello di integrazione dei servizi afferenti alla stessa realtà organizzativa.

Lo scopo evidentemente è di fare chiarezza nel panorama confuso dei servizi che si occupano o dichiarano di occuparsi di DCA e di fornire all'utente una mappa consultabile nella quale orientarsi che renda facile l'accesso alle cure e identificabile un percorso di cura completo. La mappa fornirà informazioni dettagliate, a volte conferme, del numero di strutture dedicate ai DCA, della loro distribuzione geografica, del tipo di intervento disponibile (ambulatorio, day hospital, ricovero ospedaliero in fase acuta e residenzialità extraospedaliera) del livello di integrazione tra i vari livelli di trattamento in ciascuna Regione, del protocollo che adottano ma anche degli orari, del personale in dotazione, delle attività svolte. Conoscere l'offerta esistente agevolerà l'utente, i suoi familiari e il medico curante nella scelta del trattamento più appropriato e nella delicata fase di passaggio da un livello di trattamento all'altro, migliorando la qualità reale e percepita del percorso terapeutico; consentirà inoltre a livello istituzionale di comprendere le necessità di potenziamento, ampliamento, integrazione dei servizi sul territorio nazionale.

La mappa, che sarà aggiornabile in corso d'opera, verrà pubblicata sul sito del Ministero della Salute e sul sito dedicato al Progetto (www.disturbialimentari.info). Il sito dedicato funzionerà da strumento di informazione per gli utenti, per gli addetti ai lavori e per chiunque sia interessato al tema dei DCA in generale e all'avanzamento del progetto in particolare. Ci auguriamo che questo progetto possa rappresentare il primo passo verso un miglioramento della situazione dell'assistenza nel nostro Paese che dia conto della offerta terapeutica attuale e che contribuisca altresì a innalzare la qualità degli interventi assistenziali e dei percorsi di cura proposti e accessibili per questa patologia.

CAPITOLO V

EDUCARE ALL'ALIMENTAZIONE

V.1 L'alimentazione *Dedora Cesaroni*

Per tutti gli esseri viventi mangiare è una necessità vitale, uno slancio incontrastabile e irrimediabile. Mangiare però, è erroneamente considerato un atto banale. La scelta di un cibo piuttosto che un'altro, in compagnia o soli, cucinato in un modo piuttosto che un altro, è per eccellenza il comportamento che maggiormente ci distingue. Ci caratterizza come genere, distinguendoci dalle altre specie, come appartenenti ad una precisa epoca storica, ad una cultura, ad una classe sociale in definitiva come individui unici e irripetibili. La preferenza per certi sapori, la complessità della cucina, caratterizzano una cultura tanto quanto la sua arte pittorica e architettonica. Il comportamento alimentare serve come cemento di ogni società umana, l'alimentazione s'inscrive in una rete di scambi e di mediazione fra gli individui. Offrire e ricevere il cibo, mangiarlo insieme, significa riconoscere e accettare reciprocamente i legami che si stabiliscono o che si riaffermano. Viceversa rifiutare il cibo è segno di offesa nelle società primitive, ma anche per noi il rifiuto di un brindisi o di un assaggio di cibo segnala il desiderio di prendere le distanze e suscita inevitabilmente una reazione aggressiva nell'altro²⁶.

Anche il digiuno assume connotati diversi a seconda del contesto e delle motivazioni. Il fatto che il digiuno possa rappresentare un mezzo di pressione efficace, dimostra che mangiare non è una semplice azione che attiene alla vita privata, ma un atto sociale attraverso il quale possiamo accettare o negare l'altro. Ad esempio la preoccupazione per il cibo congiuntamente a quella per l'immagine corporea è abbastanza comune in alcuni momenti della giovinezza ma non necessariamente si arriva a sviluppare un vero disturbo del comportamento.

²⁶ G. Apfeldorder, *Mangio, dunque sono* ed. Saggi Marsilio, 1993.

Nel caso dei pazienti più giovani, inoltre, la perdita di controllo che i genitori sperimentano in relazione all'alimentazione del proprio figlio può provocare la sensazione di aver fallito nell'adempiere ad un compito genitoriale fondamentale²⁷. Non ci sorprende allora se, di fronte al manifestarsi di un disturbo alimentare, i genitori si sentono incapaci di prendere decisioni.

V.2 Come si può intervenire sul comportamento alimentare

Deborah Cesaroni

Il continuo allarme dei media intorno al problema dei disturbi alimentari rende molti genitori francamente preoccupati. Come abbiamo appena detto, esistono molte varianti del comportamento alimentare normale che possono preoccupare pur non rappresentando un vero problema.

Nel capitolo II.1 sono stati delineati quali sono i comportamenti che devono mettere in allarme un genitore e cosa si deve osservare per capire se si tratta di una variazione dalla normalità oppure di modalità più preoccupanti. In questo capitolo vedremo nel dettaglio cosa possono fare le persone che vivono con una persona affetta da un Disturbo del Comportamento Alimentare. I clinici sono ormai concordi nel sostenere che solo attraverso un rapporto di collaborazione positivo con le famiglie è possibile ottenere la maggiore probabilità di guarigione. La parte cruciale del trattamento è certamente affidata ai terapeuti, che insieme alla persona malata cercano di contrastare i sintomi del Disturbo Alimentare, ma è ampiamente accettato il ruolo importante della famiglia sia nella cura formale che in quella informale.

Prendersi cura di una persona con un problema psichiatrico, può alterare molte aree relative al funzionamento della vita familiare. I ruoli e le abitudini connesse alla gestione della casa, dei pasti, della vita sociale, del tempo libero possono essere influenzati dalla patologia.

²⁷ R. Bryan-Waugh - B. Lask, *Disturbi Alimentari*, ed. Erickson.

Inoltre, il malessere psicologico percepito dalle persone che s'impegnano nella relazione di aiuto può essere così importante da provocare delle conseguenze sia sulla salute psichica che fisica. Le regole familiari vengono generalmente sovvertite e il momento del pasto si trasforma in un dramma che coinvolge l'intero nucleo familiare. Le abitudini alimentari vengono condizionate dalla malattia fino al punto da preparare cibi differenti e in momenti diversi per i vari membri del nucleo familiare, con lo scopo di ridurre i conflitti e facilitare la persona malata nell'assunzione del cibo.

Questo adattamento disfunzionale della famiglia alla malattia, facilita la focalizzazione sulla persona malata, diminuendo la possibilità di mantenere il "fuoco" dell'aiuto che deve rimanere concentrato sul prestare estrema attenzione alla parte sana della persona. Le famiglie che tentano di fronteggiare un disturbo alimentare dicono di sentirsi come se il tempo si fosse fermato e tutta la vita familiare sembri ruotare intorno al disturbo. La modalità con cui le famiglie si adattano a questa invasione varierà in base alla natura dell'organizzazione familiare, allo stile comunicativo, al ciclo vitale in cui la famiglia si trova al momento dell'insorgenza del disturbo stesso.

È evidente che la malattia non può che ingigantire dinamiche familiari e diminuire di conseguenza la capacità di adattamento dei singoli componenti della famiglia. Necessariamente bisogna, quindi, aiutare la famiglia ad esplorare le situazioni che mandano in "stallo" l'intero sistema e guidarla verso la ricerca delle risorse che possiede, così da trovare nuove soluzioni per i problemi che quotidianamente è chiamata a fronteggiare.

Uno dei fondamentali passaggi per curare una persona con un Disturbo Alimentare è chiarire che la famiglia non è il problema ma la risorsa alla quale attingere per uscire dai sintomi.

Quando si vuole aiutare una persona ad uscire da un Disturbo Alimentare ci sono alcuni principi che vanno assolutamente condivisi. Dall'analisi di alcune situazioni che si sono presentate nella pratica clinica cercheremo di delineare alcuni punti nodali perché possiate trarre dall'esperienza di altri alcuni esempi per migliorare la vostra competenza nel supporto alla persona malata.

Luisa frequentava il primo liceo scientifico quando la madre cominciò ad osservare alcuni cambiamenti nelle abitudini alimentari. Luisa stava facendo molta fatica ad inserirsi nel nuovo contesto scolastico e il passaggio dell'impegno della scuola media a quello del liceo la metteva molto in ansia. Per questo decise di sospendere la pallavolo che frequentava da 4 anni e concentrarsi nello studio. La madre notava che spesso Luisa faceva dei consumi eccessivi di cibo nel pomeriggio mentre cercava di studiare e che spesso dal frigorifero mancavano molti alimenti appena acquistati. Cercò un confronto con il marito, che tranquillizzò la moglie dicendo che si trattava di un periodo di stress e che sarebbe passato. La mamma di Luisa si accorse che sua figlia passava molto tempo in bagno e cominciò a sospettare che facesse uso del vomito. Il rendimento scolastico peggiorava e il padre di Luisa si determinò per la linea dura: cucina chiusa a chiave e studio in camera. Luisa di lì a poco si rifiutò di mangiare a tavola e iniziarono discussioni insostenibili. I genitori cominciarono a sentirsi frustrati per l'inefficacia delle strategie messe in atto e svilupparono spesso atteggiamenti aggressivi e di attribuzione di colpa verso Luisa. Le cose indubbiamente peggiorarono.

Nella Bulimia, come nell'Anoressia Nervosa, il fatto che la persona sembri costantemente interessata al cibo è sicuramente confondente per la famiglia. Il fatto che tutto ruoti intorno alla preoccupazione per il peso, al conteggio delle calorie e ai sensi di colpa per i consumi alimentari impedisce ai genitori di vedere il nucleo del problema della propria figlia. Non bisogna dimenticare, infatti, che i disturbi alimentari sono l'espressione di un disagio profondo attinente al senso d'impotenza e d'incapacità. Può apparire strano ad un genitore, soprattutto quando la propria figlia o il proprio figlio ottiene buoni risultati nella scuola, nello sport e nelle relazioni sociali. Può essere difficile immaginare che vostra figlia o vostro figlio si svaluti in questo modo, e sebbene cerchiate d'incoraggiarla/o in maniera chiara e ovvia non riesce a migliorare il proprio sentimento di autostima.

Vostra figlia o vostro figlio non ha scelto di avere un disturbo alimentare, queste patologie sono determinate da un incastro di fattori biologici e psicologici nonché di circostanze di vita, non cedete all'idea che i comportamenti di vostra figlia sono frutto di cocciataggine.

Probabilmente vostra figlia rinunciarebbe al disturbo alimentare se avesse altri sistemi a disposizione per fronteggiare le difficoltà che percepisce. Cercate quindi di non rimproverare o punire la persona per la sua malattia. È naturale arrabbiarsi e i sentimenti d'impotenza non possono che farvi sentire profondamente frustrati. Esprimere le emozioni è sano e arrabbiarsi non fa di voi dei cattivi genitori. Cercate di rivolgervi alla malattia e non alla persona “*questo disturbo ci ha tolto la serenità, siamo tutti molto stanchi!*”. Se siete troppo spesso arrabbiati per le ripercussioni che il disturbo ha su tutta la famiglia vostra figlia non potrà che sentirsi peggio.

Marisa aveva avuto il primo episodio di Anoressia all'età di 13 anni, quell'estate aveva cominciato a mangiare meno supportata dalla famiglia che da anni la invitava a prendersi cura del suo sovrappeso. Veniva spesso incoraggiata i primi tempi e anche gli amici e i parenti le facevano i complimenti per i risultati ottenuti. Marisa continuava a dimagrire e nel mese di settembre era diventata davvero troppo magra. Passava molte ore a fare ginnastica chiusa in casa e continuava a selezionare il cibo consumando solo frutta e verdura. I genitori quindi si determinarono a farla mangiare e ci riuscirono. A Natale Marisa aveva ripreso le sue forme e sembrava che tutte le fissazioni sul cibo fossero finite. L'estate successiva Marisa intraprese un vero digiuno e per lei si rese necessario un ricovero in ospedale. Durante la degenza continuava a rifiutare il vitto nonostante la contrattazione con l'equipe medica e la supplica dei genitori. Dopo pochi tentativi i medici decisero di procedere con una nutrizione artificiale e dopo alcune settimane si spostarla presso una clinica specializzata nella riabilitazione per i Disturbi Alimentari.

Resistere alle cure è parte integrante della malattia, il fatto che vostra figlia opponga resistenza o neghi la gravità del problema non significa che faccia intenzionalmente la difficile. Come abbiamo detto nel paragrafo precedente, il Disturbo Alimentare ha un suo scopo, una sua funzione che rappresenta in un certo senso una risposta ad un disagio. Questa resistenza al cambiamento e tutti gli atteggiamenti di sfida alle cure che caratterizzano il disturbo, devono essere fronteggiati con abilità, evitando la trappola del pensiero dicotomico “vuole guarire/non vuole guarire”.

È piuttosto utile aiutare invece, la persona a valutare il cambiamento come un processo graduale e progressivo. Inoltre, comportamenti alimentari preoccupanti associati ai Disturbi Alimentari possono durare molti mesi anche dopo che i problemi sono stati ben individuati e avete iniziato una terapia mirata. Non esistono terapie “lampo” o vie facili per uscire da un disturbo alimentare, solo se accetterete questo riuscirete a resistere alla frustrazione e la delusione sarà ridotta.

V.3 Quando la paziente decide di curarsi *Deborah Cesaroni*

In questo paragrafo cercheremo di delineare alcune strategie che potranno esservi utili, allontanando da noi la pretesa di fornirvi indicazioni precise per risolvere i problemi che siete chiamati a fronteggiare in casa quando un membro si ammala di un disturbo alimentare. Le situazioni che si possono presentare possono essere molto diverse e le strategie da adottare cambiano sostanzialmente in base alla diagnosi e al tipo di terapia. Sarà diverso il ruolo della famiglia, se la propria figlia o il proprio figlio si trova ricoverato in un reparto ospedaliero, o se è inserito in una residenza riabilitativa o in un diurno, oppure se è stato inserito in un percorso integrato di riabilitazione nutrizionale a livello ambulatoriale. Indipendentemente da tutto questo nessuna tecnica funziona se i genitori non la usano in modo coerente. La coppia genitoriale può frequentemente non essere d'accordo su alcuni metodi o atteggiamenti da tenere, ma dovete cercare di accordarvi per mostrare congruenza. La stessa cosa può essere estesa agli altri membri della famiglia, come nonni o fratelli che possono supportare la coppia genitoriale.

Rosa era stata ricoverata in ospedale per la seconda volta nello stesso anno, il suo disturbo anoressico la portava ad un grado di malnutrizione tale da rendere impossibile una vita normale. I medici l'avevano ricoverata per l'elevato grado di malnutrizione e per la sua negazione di malattia. Non riuscendo a mangiare sufficientemente le avevano posizionato un sondino naso gastrico che lei aveva accettato. Dopo le prime due settimane l'ansia di Rosa cominciò a salire e frequentemente lamentava gonfiore e dolori addominali chiedendo di sospendere la

nutrizione artificiale. Le sue condizioni erano ancora molto rischiose e le sue capacità di alimentarsi da sola insufficienti. Rosa aveva cominciato a svuotare parte del contenuto della sacca nel bagno e suo padre aveva cominciato a sospettare. L'equipe medica dubitava non vedendo incrementi ponderali ma Rosa e sua madre negavano l'esistenza di tali comportamenti.

Quando le condizioni sono così gravi da richiedere un trattamento in regime di ricovero, questo può provocare nei genitori un apparente sollievo. Tuttavia la delega all'equipe medica della salute della propria figlia può contestualmente aumentare i sentimenti di colpa e di frammentazione della famiglia, che possono invalidare la capacità di collaborare con l'equipe curante. Quindi per aiutare vostra figlia ad uscire dal disturbo alimentare è necessaria molta coerenza e una costante collaborazione con l'equipe curante.

Dopo il ricovero il padre di Rosa parlò con la moglie cercando di incoraggiarla a mantenere un atteggiamento di determinazione nei confronti della propria figlia e collaborando con l'equipe medica la trasferirono immediatamente in una residenza specializzata per la riabilitazione dei Disturbi Alimentari. Rosa infatti, aveva migliorato la propria condizione medica, peso e frequenza cardiaca erano meno allarmanti, ma non aveva fatto alcun progresso sulla capacità di consumare il cibo. Se fosse rientrata a casa i genitori avrebbero incontrato molte difficoltà nel gestire l'ansia della figlia nella necessaria assunzione di cibo. Quando Rosa tornò a casa aveva migliorato la capacità di assumere cibo sia per la varietà di cibi ai quali poteva accedere sia per la quantità che riusciva a consumare. Cercate di non rimanere focalizzati sul comportamento alimentare.

A volte i comportamenti sono così disfunzionali che fanno perdere la capacità di prestare attenzione agli aspetti sani di vostra figlia. Cercate di rivolgervi alla persona malata evitando domande sul cibo e sul peso. Questo è indispensabile nel momento in cui vostra figlia si trova in una residenza o in un diurno in cui vi è impossibile monitorare di persona i comportamenti alimentari, evitate le domande del tipo "hai mangiato? il peso è aumentato? cosa hanno detto i dottori?". Il monitoraggio dei comportamenti alimentari, la loro analisi e la discussione in merito ai progressi inerenti l'incremento del cibo e l'inserimento di alimenti ad

elevato livello ansiogeno è già oggetto di analisi nella terapia, può risultare quindi davvero molto difficile a vostra figlia rispondere a domande che vertono sempre nella stessa direzione. Se vostra figlia o vostro figlio non hanno bisogno di un ricovero e possono per le loro condizioni fisiche e psicologiche, aderire ad un percorso ambulatoriale i genitori devono implementare tra di loro e discuterne con l'equipe curante le strategie per contrastare i sintomi più gravi del Disturbo Alimentare, come il semidigiuno, l'uso del vomito autoindotto, l'esercizio fisico eccessivo o l'uso dei lassativi.

Nei programmi ambulatoriali ai genitori è affidata la responsabilità della salute della propria figlia, devono quindi occuparsi della gestione degli acquisti del cibo, della loro preparazione perché possa essere assicurata un'assunzione alimentare congrua. In merito al supporto che potete darle durante i pasti è importante mantenere un atteggiamento che non sia coercitivo, ma facendo attenzione ad evitare un eccessivo permissivismo che avvala e asseconda le ansie di vostra figlia legate al momento del pasto. Se il vostro comportamento, come spesso succede, si muove lungo un continuum che oscilla costantemente tra i due estremi, vostra figlia non migliorerà.

La mamma di Marcella era un noto avvocato e il suo lavoro la portava spesso fuori casa, Marcella consumava il pranzo a casa della nonna e la cena con la famiglia. Il padre di Marcella era costantemente preoccupato in quanto valutava assolutamente insufficiente la quantità di cibo consumata dalla figlia. La madre la sera avrebbe fatto di tutto per evitare un conflitto a tavola e cercava di allestire cene a base di pesce e verdure affinché la serata non degenerasse in liti furibonde. Marcella dopo circa sei mesi di trattamento ambulatoriale non stava migliorando, quindi i genitori decisero di stabilire una progressione di cambiamenti in merito all'introduzione di alcuni cibi e all'aumento delle quantità. Condividemmo la strategia con Marcella, la quale bene presto si accorse della fatica che i genitori stavano facendo per mantenere una fermezza.

Nella fase acuta, in particolare se il disturbo insorge precocemente, nella pubertà o nella prima adolescenza è importante che i genitori pianifichino i pasti, gli orari e i tempi. Un dietista può collaborare con la famiglia nel definire gli apporti nutrizionali che devono essere garanti-

ti tenendo conto delle difficoltà della ragazza o del ragazzo. Se si tratta di persone molto giovani il dietista condividerà alcuni momenti del percorso di Riabilitazione Nutrizionale con la coppia genitoriale in modo da tenerla nella stessa traiettoria della cura. Il coinvolgimento diretto dei genitori sugli aspetti alimentari del proprio figlio è molto importante per evitare che la competenza rimanga all'interno dello staff medico. I genitori devono essere resi competenti e istruiti per sentirsi più sicuri nella gestione dei pasti.

I genitori di Luca avevano deciso di fare un piano settimanale dei pasti la sera prima del colloquio con il dietista così che Luca ne potesse discutere con lo specialista esplicitando le sue preoccupazioni e i suoi dubbi in merito a qualità e quantità. Di settimana in settimana l'accordo era quello di aumentare progressivamente le quantità. Quella settimana Luca sarebbe andato a pranzo da un amico e concordò con i genitori che avrebbe consumato una sequenza di portate come veniva proposta a casa. Questi momenti fuori casa responsabilizzarono molto Luca che diventò più veloce nel consumare i pasti e più deciso nelle scelte.

Il padre riuscì ad organizzarsi nel lavoro e tornando prima di cena poteva stare con Luca a parlare della scuola e della sua giornata passata con l'amico. Nella fase acuta della malattia dovete fare in modo che vostra figlia o vostro figlio mangi abbastanza, per non perdere peso e sopravvivere, con il passare del tempo il suo comportamento alimentare migliorerà e le sue abitudini la porteranno progressivamente a stare meglio. È evidente che in questa fase è utile pianificare dove mangia, cosa mangia e con chi mangia in modo da monitorare costantemente la situazione. È probabile che un approccio di questo tipo conduca progressivamente ad un miglioramento, dovete essere pazienti e non demordere di fronte alle crisi che si presenteranno. Se vacillate troppo nelle strategie e negli atteggiamenti non potrete mai verificarne l'efficacia e soprattutto non trasmettere sentimenti di sicurezza e di capacità di ruolo a vostra figlia.

Sofia, aveva 27 anni e stava per diventare architetto, soffriva di bulimia nervosa da 12 anni. L'unico modo che conosceva per concentrarsi nello studio era quello di mangiare e nel tempo aveva strutturato la sua giornata alimentare intorno a 3-4 abbuffate oggettive al giorno

seguite da vomito autoindotto. Era fidanzata da circa 10 anni e il senso di vergogna non le aveva mai permesso di parlare con il fidanzato di questo suo enorme problema. Il suo peso era nella norma e il suo aspetto molto curato, apparentemente niente faceva pensare ad una malattia così invalidante. Sofia, era riuscita per mesi a desistere alle richieste del fidanzato in merito ad una convivenza, ma alla fine accettò pensando che la presenza di lui in casa avrebbe funzionato da deterrente per la sua Bulimia. Era determinata a non parlarle e a limitare le abbuffate ai momenti di solitudine. Ben presto si rese conto che questa modalità non poteva funzionare, quando non poteva abbuffarsi diventava nervosa e spesso per evitare di perdere il controllo sul cibo saltava i pasti. Inoltre, non riusciva più a giustificare la mancanza di denaro alla quale doveva far fronte il suo fidanzato. Decise finalmente di affrontare l'argomento con lui che si arrabbiò per il fatto che Sofia non ne avesse mai parlato prima. Il ragazzo chiese di confrontarsi con l'equipe curante e si fece aiutare a condividere strategie comportamentale che potessero funzionare da supporto per Sofia. Decisero di cominciare ad uscire dopo i pasti e a fare delle passeggiate, quando lui era fuori per lavoro avrebbe invitato una collega di Università e le prime volte che Sofia sarebbe restata a casa da sola avrebbero fatto la spesa per il pasto il giorno prima così da poter restare senza denaro il giorno successivo. Sofia riuscì a ridurre così gli episodi bulimici e sentì di aver conquistato qualcosa, il senso di vergogna si era ridotto e il suo rapporto con il fidanzato era più autentico. La strada era ancora lunga prima si smettere definitivamente di abbuffarsi e vomitare.

L'abbuffata è un sintomo e rappresenta spesso una modalità di gestione dell'ansia. La perdita di controllo sul cibo può però avere anche un connotato biologico. La restrizione alimentare alternata agli episodi binge produce una desincronizzazione dei sistemi biologici deputati al controllo dell'assunzione alimentare e del peso corporeo. Non è utile cercare di controllare gli stili alimentari, ciò è spesso controproducente. L'obiettivo è provare a collaborare individuando strategie per ridurre gli episodi. Non ponete l'obiettivo di interrompere subito le abbuffate e il vomito, ci vorranno molti mesi e la sperimentazione di molte strategie. È molto importante concentrarsi sulle strategie successive al pasto per evitare che venga messo in atto l'uso del vomito, ma non

bisogna trascurare l'ansia anticipatoria che spinge spesso all'abbuffata. Trovare distrazioni da mettere in atto quando insorge il desiderio di abbuffarsi può essere un buon modo per ridurre la frequenza degli episodi. I genitori devono essere pronti a superare la seconda fase, che è quella della rabbia e dell'ira che sempre si verifica quando la persona riprende a mangiare o rinuncia ad alcuni sintomi come il vomito o l'abbuffata. Vostra figlia non riesce a modulare le emozioni e vi sembrerà di registrare un peggioramento. Questa fase è invece obbligatoria e se continuerete a mandarle messaggi di comprensione e di incoraggiamento progressivamente il suo umore e la sua vita sociale miglioreranno e le probabilità di guarigione aumenteranno.

Le famiglie, che passano attraverso una progressiva riorganizzazione, in risposta alla malattia, dei processi decisionali e organizzativi rischiano di rimanervi intrappolati e di far diventare la malattia stessa la matrice organizzativa centrale²⁸.

La guarigione da un disturbo alimentare implica quindi, l'acquisizione di nuovi ruoli non solo da parte della persona malata, ma anche da parte di tutti i membri della famiglia.

²⁸ J. Treasure, U. Schmidt, E. Van Furth, *I disturbi dell'alimentazione*, ed. Il Mulino

V.4 Cosa rappresenta il cibo *Lucia Bartolini*

*Il vero viaggio verso la scoperta non
consiste nell'andare alla ricerca di
nuove terre, ma nel vedere con
occhi nuovi.
Marcel Proust*

Le immagini che riportiamo in queste brevi righe non vogliono richiamare altra compassione, paura, rabbia, giudizio o aggressività nei familiari di chi soffre di queste patologie, ma aggiungere piuttosto nuovi significati, nuove tracce di comprensione per quello che accade davanti ai loro e ai nostri occhi e che non segue alcuna logica se non quella del disturbo. Si vuole offrire l'opportunità di ristabilire dei punti di contatto con *l'altro*, anche nella difficoltà, con un guardare che non è il semplice vedere, un osservare ciò che accade nel senso di custodire, di preservare, senza cadere nell'*invidere* cioè nella tentazione di guardare con giudizio, con il desiderio di trasformare l'altro²⁹. Di voler controllare ciò che in superficie non funziona e che può apparire facilmente risolvibile, magari contando ancora una volta sulla determinazione di chi soffre, su abilità e risorse di cui forse in quel determinato momento non dispone.

²⁹ F. Scotti, *Osservare e Comprendere.*, ed. Borla, 2002

La medicina di Francesca

Quando arriva il vassoio Francesca comincia a lamentarsi di non sentirsi bene, che non se la sente di mangiare oggi, poi incoraggiata dalla dietista scoperchia lentamente il primo piatto, sembra avere il terrore di quello che scoprirà, è molto agitata, le mani le tremano e inizia a fare domande ripetute sul contenuto calorico del suo pasto. Piagnucola. Il volto è sempre più angosciato, poi improvvisamente tra le lacrime di chi non ha più la forza per opporsi comincia a tagliuzzare velocemente il cibo con forchetta e coltello come fosse un tutt'uno e a mangiare senza praticamente masticare nulla. I suoi movimenti sono scattosi, innaturali e con estrema rapidità e aggressività infilza con la forchetta due...tre...fino a 5 pezzi di pasta che mette in bocca senza alterare la sua espressione, ha lo sguardo fisso sul piatto, su quel cibo che sembra voler togliere il più presto possibile dalla sua vista.

Buona terapia

*Tutto inizia con quella frase "buona terapia", ma quando il cibo viene distribuito ai ragazzi i saluti e i sorrisini dell'inizio lasciano spazio a dei volti tirati, ognuno guarda il suo piatto, il suo cibo come fosse un gigantesco nemico da sconfiggere e tutto il resto sembra scomparire. Nessuno parla, il silenzio è interrotto solo da qualche frase e battuta un po' forzata. Alcuni sembrano assumere un'aria di sfida, altri di profonda rassegnazione e sono chini sul piatto. Iniziano quindi tutta una serie di spezzettamenti fino a particelle infinitesimali di cibo, che viene ripulito da tutto ciò che è condimento, lo sbriciolamento del pane e la terribile lentezza nel mangiare che trasmette tensione a tutta la stanza. Guardando al pranzo di Francesca e a quello di un gruppo di ragazzi all'interno di un percorso di riabilitazione nutrizionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare, ritroviamo un pasto come tanti ai quali assistiamo quotidianamente, eppure ancora oggi, quella paura irrazionale che leggiamo nei loro volti, quel dolore in ogni azione quando si trovano di fronte a quel cibo *nemico* già ampiamente descritto nei suoi significati più complessi continua a sorprenderci. Seppure si tratti di un*

cibo pianificato, concordato faticosamente e lungamente con i terapeuti sembra sconvolgerli, disorientarli, paralizzarli addirittura. Quel cibo al quale hanno pensato incessantemente tutto il giorno, che fino a qualche tempo fa credevano fosse il loro vero problema e che ora invece devono accettare, farselo amico perchè rappresenta una parte importante della terapia, *una medicina* di cui non possono fare a meno se vogliono guarire. Improvvisamente quel disturbo che dall'esterno cerca di apparire così innocuo, quasi attraente, viene smascherato e si manifesta in tutta la sua crudeltà. Quello che vogliamo raccontare ai tanti papà, mamme, mariti, mogli, figli, amici che continuano a domandarci *“ma perché, non capisco, basterebbe così poco, non mi sembra di averle chiesto chissà cosa, parliamo in fondo di mangiare un pezzetto di pane...le piaceva così tanto”* oppure *“è da almeno due anni che gli dico che deve stare attento, che la deve smettere con tutte quelle schifezze che si mangia di nascosto, perché non smette visto che poi lo fanno stare così male”* è di un cibo che suscita ansia, timore, inquietudine ancora prima del disturbo.

Lo confermano i tanti giovani che incontriamo nelle scuole e nei diversi luoghi di aggregazione che parlando del loro rapporto con il cibo ci dicono che *“non è poi così facile mantenere un giusto peso in una società che ti sbatte sempre in faccia spot di cibi, merendine ed altri alimenti che non fanno proprio rimanere in forma”*, *“molti dei miei amici, se non tutti, stanno attenti alla loro forma fisica, rinunciando a tutto quello che non è indispensabile per vivere...le ragazze soprattutto fanno di tutto per non sentirsi brutte”*. Sempre più bambini e ragazzi che indipendentemente dalla loro reale forma fisica sono insoddisfatti del loro corpo, perché troppo grasso o troppo poco muscoloso. Mangiano per noia, per rabbia, perché sono tristi, perché ne hanno voglia...ma sempre meno perché hanno semplicemente fame!³⁰.

E alla fine alcuni pensano che forse *“sarebbe più facile che ci fossero dei pasticconi pronti da ingurgitare...così non si correrebbero rischi, non si dovrebbe faticare così tanto”*.

³⁰ R. Ostuzzi, GL. Luxardi, *Figlie in lotta con il cibo*, ed. Baldini, 2003.

Se queste sono convinzioni diffuse tra chi in realtà non manifesta alcun disagio se non quello del difficile rapporto con un corpo che si sta trasformando, di una identità che deve affermarsi – tipico di una età e di un particolare contesto socio culturale – come si evolve ancora il significato del cibo in chi soffre di un disturbo del comportamento alimentare?. Man mano che il disturbo si diffonde e prende forma il cibo si svuota dei suoi significati più veri, più puri e rimanda a mille nuove rappresentazioni che hanno poco a che fare con la nutrizione o la regolazione dei propri stimoli biologici. Lo stesso corpo si adatta e si trasforma alle tante imposizioni, manipolazioni che subisce, non solo nelle forme, ma anche nei ritmi. I segnali che sono propri di sete, fame...sazietà deputati a regolare l'assunzione di cibo lasciano il posto ad un controllo autoimposto...per il desiderio di dimagrire, per il terrore di ingrassare, per la paura di essere contaminati, di risultare allergici o intolleranti a qualche alimento³¹. I cibi vengono quindi classificati in “buoni” o “cattivi” – come la stessa dietologia ci ha purtroppo abituato in passato a seconda delle personali fobie e ossessioni. Tutto ai fini di un potere o di un benessere che devono essere conquistati a tutti i costi o di delicati equilibri che vanno assolutamente preservati. Allora si mangia da soli o in compagnia in base a estenuanti conteggi di calorie, grassi, grammi, conservanti, allergeni, alle molteplici e confuse informazioni della *diet industry*³², ai consigli di chi la sua dieta miracolosa l'ha già trovata, perdendo l'abitudine ed anche la capacità di ascoltare il proprio corpo, di riuscire a soddisfare le sue vere esigenze.

Come Francesca, le tante persone che incontriamo ci raccontano una malattia con sfaccettature diverse, ma dove ogni volta si legge la terribile difficoltà legata all'assunzione di cibo, di quel cibo al quale non si riconosce più il suo valore originale di nutrimento, di ristoro e il momento del pasto da occasione di convivio e di piacere si trasforma in quel campo di battaglia che bene conosciamo e che non sempre si è in grado di comprendere e accettare.

³¹ L. Dalla Ragione, L. Bartolini, *Intolleranza alimentare, intolleranza al mondo*, in: *La casa delle bambine che non mangiano*, di L. Dalla Ragione ed. il pensiero Scientifico, 2005.

³² *Diet industry* è un termine usato nel Nord America che si riferisce al ricchissimo mercato per la produzione di prodotti, strumenti, strategie programmi e qualsiasi altro mezzo possa essere impiegato per la perdita di peso, indipendentemente dal rapporto costo-beneficio che si riflette sul consumatore. Ha lo scopo di permettere un facile guadagno sfruttando il bisogno dei soggetti che vogliono o devono perdere peso.

Come prenderci cura di loro, anche nel corpo, nelle loro mancanze, nei loro eccessi nutrizionali perché possano ristabilire un rapporto più facile con il cibo, un rapporto che con presunzione vorremmo diventasse al più presto sereno e appagante?. L'esperienza ci ha insegnato diverse strade che possono essere percorse a seconda del disturbo, della gravità, della situazione da gestire, della soggettività e delle caratteristiche della persona, ma in tutte si richiede come primo passo di mangiare, indipendentemente da quali siano gli obiettivi di peso-perdita, mantenimento, recupero, un mangiare che diventa esso stesso terapia nel momento in cui mette da parte le tante liste dei cibi *permessi* o *vietati*, i tanti vincoli e restrizioni autoimposte e in cui il corpo può finalmente riprendere il ruolo di *conduttore principale*. Perché torni ad orientare le scelte rispetto alle quantità dei cibi, alla qualità e frequenza riprendendo a praticare ed esercitare quegli stimoli tanto ben organizzati di cui ciascuno dispone. Questo diventa possibile solo con un riavvicinamento con quel cibo tanto bramato e temuto che diventa la *medicina* indispensabile al complesso lavoro – in un approccio biopsicosociale – con la persona. Non dimentichiamo infatti che essendo disturbi specifici delle abitudini alimentari e del comportamento relativo al controllo del peso, sfociano in un deterioramento clinicamente significativo della salute fisica determinando alterazioni delle funzioni fisiologiche dell'organismo, ma anche modifiche importanti a livello della sfera psicosociale come si evidenzia nella *sindrome da digiuno*³³. Il cibo viene quindi affrontato, quotidianamente, più volte al giorno in un percorso individualizzato, calibrato e monitorato passo dopo passo che vuole accompagnare, sostenere la persona in difficoltà in relazione alle proprie necessità, ma anche risorse e possibilità attivando processi di cambiamento sia sul piano cognitivo che su quello comportamentale.

³³ Si fa riferimento ad uno studio di Ancel Keys degli anni '50 noto come esperimento del Minnesota dove vengono evidenziati tutti i cambiamenti che si associano a comportamenti di digiuno: 1. Atteggiamenti e comportamenti nei confronti del cibo (preoccupazioni per il cibo, collezione di ricette, libri di cucina, inusuali abitudini alimentari...) 2. Modificazioni emotive e sociali (depressione, ansia, irritabilità...) 3. Modificazioni cognitive (diminuita capacità di concentrazione, diminuita capacità di pensiero astratto, apatia...) 4. Modificazioni fisiche (disturbi del sonno, disturbi gastrointestinali, ridotto metabolismo basale...)

Il trattamento nutrizionale è una parte fondamentale della riabilitazione in quanto contrastando i sintomi da digiuno, interrompendo il circolo vizioso *privazione-perdita di controllo-compenso* o dell'alimentazione incontrollata, permette il recupero di quell'equilibrio biologico necessario per intervenire a livello emotivo e psicologico. Va quindi sempre attivato precocemente...ma con estrema cautela! Può capitare a volte che si debba ricorrere ad un vero e proprio *svezzamento* passando da una alimentazione liquida a bassissimo introito energetico, ad una semi liquida...fino lentamente ad arrivare a concordare un piano nutrizionale con alimenti solidi. Questo nel rispetto non solo delle capacità della persona di accettare la terapia, ma anche di un corpo molto spesso troppo debilitato da riuscire ad accogliere carichi energetici eccessivi, di particolare consistenza, di difficile digestione che al contrario potrebbero danneggiarlo ulteriormente a causa delle sue gravi carenze (*refeeding syndrome*)³⁴. Ricordiamo infatti che la malnutrizione si sviluppa molto rapidamente, ma la sua correzione richiede un prolungato trattamento nutrizionale (Shizgal, 1987)³⁵. Oggi Francesca non è guarita dalla sua anoressia, ma sta meglio e dopo un lungo percorso di riabilitazione ci dice “sento che devo lavorare ancora, con me stessa, con il mio corpo, con i miei pensieri, con il cibo, devo fare ancora molta strada, ma questa è la via che ho scelto...l'unica che vedo possibile per la mia vita! E quindi anche oggi sicuramente mangerò!”

³⁴ La Refeeding Syndrome rappresenta la complicazione più grave che può verificarsi in corso di trattamento nutrizionale “aggressivo” (overfeeding) in pazienti fortemente malnutriti (peso < 70% peso ideale) o digiunanti da 7-10 gg. Viene definita come un grave “shift” (spostamento) di fluidi ed elettroliti associato ad anomalie metaboliche nei pazienti con carenze alimentari croniche (malnutriti) sottoposti ad una alimentazione inadeguata e incauta di grandi quantità di liquidi e di cibo, sia essa orale che enterale che parenterale.

³⁵ Linee guida S.I.N.P.E (Società Italiana Nutrizione Parentale e Enterale) Nutrizione artificiale ospedaliera 2002.

V.5 La paura di mangiare insieme *Lucia Bartolini*

La mamma di Maria: *“Vorresti capire, vorresti allontanarti dal problema, ma è più forte di te e osservi quello che mangia, come mangia, dei giorni va bene e li superi, altri te ne vai dalla tavola per non guardare. Quando qualche volta si lascia andare e mangia un po' di più pensi subito che forse il problema l'abbiamo superato, ma il giorno dopo...è tutto come sempre. Cerchi di essere allegra, di parlare di tante cose che la fanno stare bene, metti in tavola le cose che le piacciono, ma non c'è niente che le faccia cambiare idea, contano ancora solo le sue calorie...alla fine della giornata pensi che anche oggi è passato e vai a letto con la speranza che domani sia migliore, che prima o poi torni tutto come prima”*

Maria *“mi guardano, scrutano quello che mangio, si lamentano di tutto quello che faccio, mi criticano come se sbagliassi sempre, anche se mangio riescono a trovare qualcosa che non va, rendono tutto così difficile! Niente sarà più come prima...ma in fondo...per fortuna!”*

Senza voler approfondire i molteplici significati che richiama il mangiare, là dove tutto ha avuto origine, riportiamo le riflessioni di Maria, (una ragazzina anoressica, in cura ambulatoriale) e di sua madre per raccontare quanto difficile e doloroso sia tale momento, anche quando si è all'interno di un trattamento di cura...ambulatoriale, al rientro da un ricovero ospedaliero o di un percorso residenziale. In questa delicata fase le persone che sono in lotta con il loro disturbo, con i loro sintomi, che sono combattuti continuamente dal desiderio o dalla paura di interrompere il loro faticoso percorso di guarigione hanno bisogno più che mai di essere sostenuti ed appoggiati dalla famiglia. Per fare questo è necessario vincere la tentazione di intervenire sulle loro scelte alimentari, cercando di lasciare spazio alla loro capacità di gestire la situazione, di avere fiducia nelle loro possibilità.

– *“Ha ricominciato a togliere l'olio al pranzo e a saltare lo spuntino, noi l'abbiamo ripresa, ci siamo arrabbiati. Come ci dobbiamo comportare se dovesse accadere di nuovo?”.*

– *“Ora non vuole più i biscotti la mattina e dice che la sostituzione patuita con la dietista è di 4 fette biscottate con 2 o 3 cucchiaini di marmellata, a me sembra troppo poco per un ragazzino come lui, come fa*

a riprendere peso in questo modo? A me sembra più esagerato di prima.” - “Ieri ho trovato la carta di una cioccolata sotto il suo letto e quando le ho chiesto spiegazioni mi ha aggredita dicendo che non mi fido di lei, che devo fare, devo continuare a controllarla oppure no?”. Queste sono solo alcune delle domande che ci vengono rivolte dalle famiglie e che ci mettono di fronte a situazioni altamente problematiche, difficili da gestire soprattutto quando si continua a guardare il proprio caro identificandolo con il problema, senza riuscire ad oltrepassare quello che fa paura e lasciandosi vincere dal pensiero che forse non c'è più speranza. Vogliamo rispondere che nel momento in cui il giudizio della malattia o di quello che la persona sceglie di fare si riducono, si abbassa il muro che divide la comunicazione e finalmente si ha la possibilità di stabilire un contatto vero, non per giustificare le azioni, ma per sostenere la difficoltà e valorizzarne le risorse, ogni tentativo di cambiamento che ritiene utile per sé³⁶. Ma questo ha poco a che fare con i buoni consigli o i severi moniti su che cosa mangiare o non mangiare!. È vero, in alcuni casi incoraggiare, o fare presente di provare a non utilizzare alcuni comportamenti disfunzionali durante il pasto può essere utile, ma la maggior parte delle volte non fa che alimentare l'inquietudine di chi sta combattendo già la sua battaglia personale contro il cibo e non ha la forza di iniziarne un'altra. Tutto quello che viene osservato in maniera ripetuta potrà essere poi riportato ai terapeuti di riferimento perché possano lavorarci insieme alla persona in difficoltà. Nel caso in cui non si concordi sul piano stabilito con gli specialisti è opportuno parlarne direttamente con loro nei tempi e negli spazi più opportuni senza minare l'alleanza che hanno stabilito con il familiare. Cercare invece di eccedere (apertamente o di nascosto) sui quantitativi dei cibi che vengono preparati, non solo non produce risultati se non minimi, ma rischia di mettere in discussione l'intero rapporto di fiducia. In questo momento la famiglia insieme ai terapeuti ha il compito di restituire a chi sta lottando contro il suo disturbo responsabilità e protagonismo rispetto alle proprie scelte alimentari e di vita...per quanto sembri difficile o assurdo.

³⁶ L. Bartolini, P. Garista, *L'incontro nutrizionale e l'approccio di counseling orientato all'empowerment*, in *Alimentare il benessere della persona*, G. Pocetta., P. Garista., Tarsitani G., SEU, 2008.

Ogni progetto di riabilitazione nutrizionale è centrato sulla persona, sulla sua esperienza, sul suo vissuto e prevede percorsi che ne attivano la partecipazione e il coinvolgimento per lo sviluppo di quelle competenze necessarie per analizzare e risolvere problemi di salute in relazione ai propri bisogni³⁷.

È grazie a questo processo di autonomia che il soggetto sviluppa la propria fiducia nella capacità di migliorare il proprio destino, di scoprire dei nessi e di sviluppare nuovi interessi e nuove forme di saper essere e saper fare. Una occasione per rieducarsi al pensare - i propri comportamenti, il proprio modo di agire - di interrogarsi su come migliorare se stessi e individuare percorsi proficui per un maggiore benessere³⁸.

Sono previsti momenti educativi individuali o in gruppo (*psicoeducazione, counseling nutrizionale*), dove la stessa famiglia viene coinvolta, dove ci si confronta sul disturbo alimentare, sugli alimenti, sul loro reale contenuto, sul funzionamento dell'organismo, sugli effetti delle diete non bilanciate e del digiuno, sui falsi miti e pregiudizi legati all'alimentazione, di come acquisire uno stile di vita più sano e mantenere i risultati di peso e di benessere ottenuti, di come imparare a gestire le situazioni più problematiche (soprattutto fuori casa), di come poter tornare a mangiare secondo le proprie necessità. E poi degli spazi nei quali sperimentarsi concretamente nella gestione della propria quotidianità attraverso l'applicazione di strategie, tecniche specifiche (*coping, problem solving, mindfulness...*), soluzioni concrete apprese dall'esperienza diretta.

³⁷ C. Rogers, *La terapia centrata sul cliente*, ed. Martinelli, 1970

³⁸ J. Mezirow, *Apprendimento e trasformazione, Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti*. ed. Raffaello Cortina, 2003.

L'individuo è chiamato a sperimentarsi attivamente attraverso i pasti programmati, la pianificazione, l'automonitoraggio³⁹, la desensibilizzazione sistematica⁴⁰, il training di familiarizzazione con il cibo⁴¹...e il mettersi in gioco lo obbliga a prendere coscienza della propria debolezza e fragilità, ma soprattutto a riscoprire il proprio *empowerment*...potere⁴².

Il cibo viene quindi pianificato, monitorato introducendo mano a mano tutti gli alimenti, anche quelli che suscitano maggiore ansia in un percorso sempre più articolato, che insegna a guardare a se stessi in un'ottica di trasformazione, di crescita e di speranza esplorando molteplici nuove risorse e possibilità.

Questa è la terapia che abbiamo visto funzionare in tante persone, che i riferimenti scientifici più aggiornati ci suggeriscono e che quindi ogni giorno continuiamo a praticare nonostante la loro e la nostra fatica e che chiediamo alle famiglie di comprendere, di supportare...*per cui il mangiare torni ad essere un piacere e non una sfida o una punizione...una funzione positiva del nostro essere vivi e godibile!*⁴³.

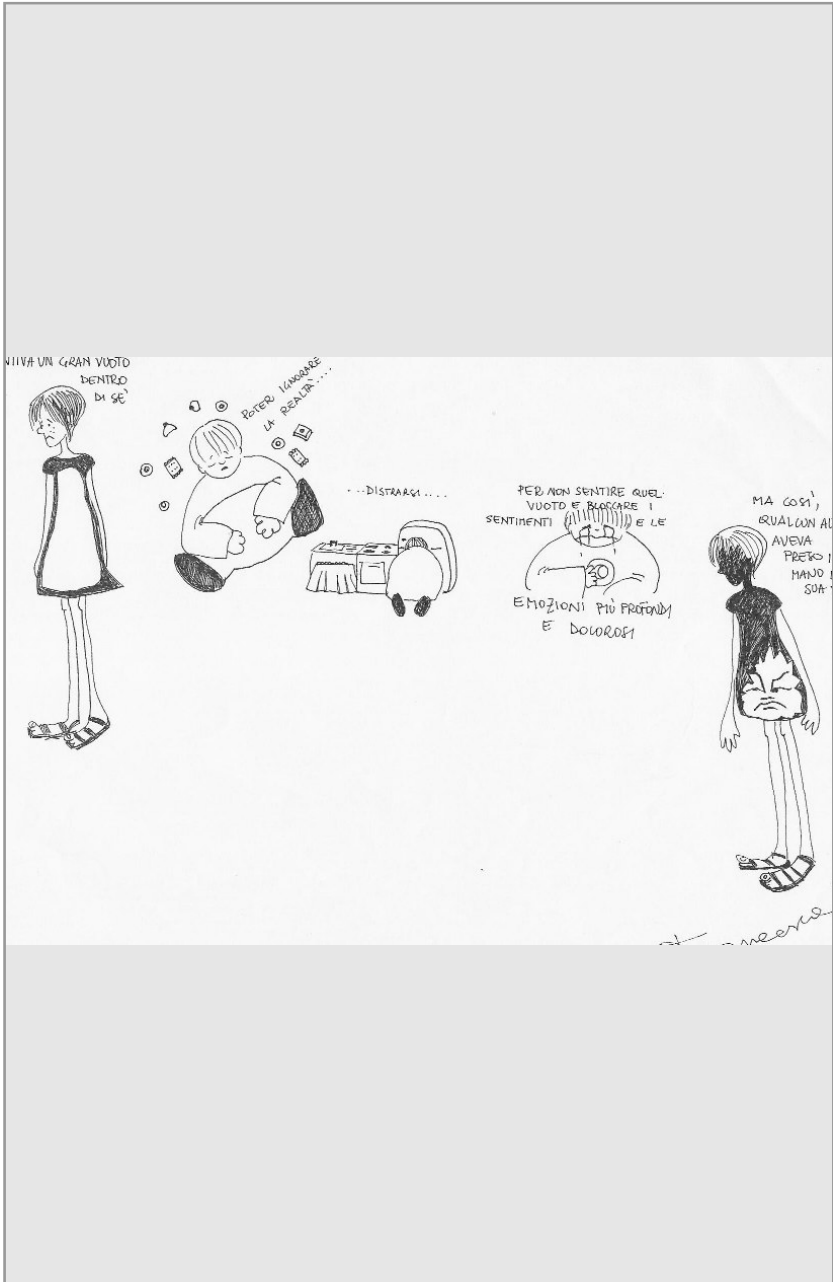
³⁹ L'automonitoraggio attraverso il diario alimentare permette di analizzare gli aspetti ambientali, relazionali, biologici e cognitivi connessi al comportamento alimentare.

⁴⁰ La desensibilizzazione sistematica consiste nella sperimentazione di un nuovo rapporto con il cibo per il superamento progressivo delle paure e delle ansie ad esso associate.

⁴¹ Il training di familiarizzazione con il cibo (TFC) è un percorso terapeutico finalizzato ad insegnare al paziente le abilità necessarie a ristabilire un adeguato rapporto con il cibo. Si svolge in regime di semi-residenzialità in cui il paziente e l'operatore lavorano insieme per il superamento delle fobie associate al cibo consumando i pasti preparati insieme in spazi dedicati.

⁴² B. Bauer, M. R. Ventura, *Oltre la dieta*, ed. Centro Scientifico, 1998.

⁴³ M. A. Modolo, *La creatività educativa, Educazione sanitaria e promozione della salute*, 1998.



CAPITOLO VI

IL RAPPORTO CON IL CORPO

Paola Bianchini

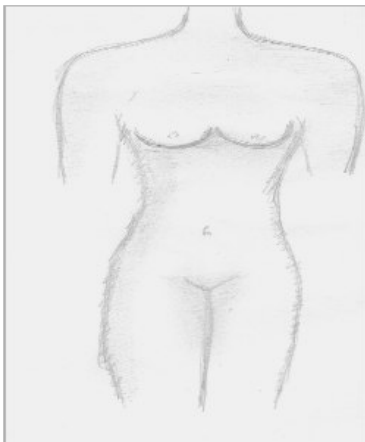
*Abbiate il coraggio di amare il vostro corpo.
Smettete di aggiustarlo.
Non è mai stato rotto.
Eve Ensler*

VI.1 Il corpo *Paola Bianchini*

Esiste un isolamento dell'anima a cui corrisponde un estraniarsi del corpo. In questa solitudine il corpo non è più vissuto come proprio, quello che rimane è lo scarto di una differenza tra il corpo idealizzato e il corpo oggettivato. La dimensione di essere il proprio corpo ed incontrare altri corpi nel mondo è compromessa, l'unica forma di conoscenza possibile è affidata all'impovertimento della soggettività per tentarne un recupero su di un piano astratto. Quello che si vuole evitare è il confronto con l'esistenza, capace di grandi dissillusioni, mantenendo intatta la dimensione ideale per cui il mio corpo, non abitando il mondo, non ne resterà sconfitto⁴⁴. Il rapporto con l'immagine del nostro corpo è qualche cosa che dobbiamo costruire nel tempo, cambiando il nostro rapporto con la realtà, cambia ciò che vediamo, soprattutto cambia il corpo a cui aspiriamo. Sull'immagine del nostro corpo proiettiamo alcune nostre aspirazioni, se l'immagine non corrisponde a quei desideri, siamo portati a manipolarla, a trasformarla. In verità a nessuno è concessa l'immagine fedele del proprio corpo, neanche ricorrendo allo specchio. L'immagine riflessa, infatti, non è sovrapponibile, ma simmetrica: la destra diventa la sinistra e siccome le due parti non sono perfettamente identiche l'espressione che vedo allo specchio non è la mia espressione.

⁴⁴ P. Bianchini, L. Dalla Ragione, *Il cuscino di Viola*, ed. cit.

Questo è il disegno di Rossella anoressica da circa due anni



Nel disegno di Rossella sono chiare alcune cose, Rossella si disegna senza arti, una specie di troncone umano senza gambe e senza braccia. Non è un caso che Rossella senta questo, difatti lei non esce dalla sua stanza da almeno un anno, quindi gli organi atti a farle incontrare il mondo sono spariti dall'immagine interna che lei ha di sé. Non ci sono più le mani, le mani che accarezzano, le mani che stringono, ma anche le mani che tengono, che afferrano; è come se i legami con il mondo si

fossero dissolti, l'abbandono del corpo corrisponde ad un congedo verso la vita e i legami che si hanno con essa. Questo è il senso del braccio di ferro che i pazienti fanno con il proprio corpo: volerlo piegare a delle leggi non sue, non ascoltarlo più, non rispettarlo, umiliarlo attraverso una volontà di coercizione ininterrotta. Corpi dilaniati dalla fatica (pazienti giovanissime con la flebite per seguire ore ed ore di camminata forzata, denti che cadono per essere stati sottoposti all'acido del vomito che li corrode ecc...) e dal dolore.

Alla nascita riceviamo un corpo già significato dalla società, dalla cultura nella quale viviamo e poi, all'interno di queste coordinate, possiamo elaborare un corpo nostro. In tal senso, si va dal corpo pensato e dato, al corpo attribuito, al corpo soggettivato, posseduto e gestito da noi anche se in modo mai totale, perché il corpo, avendo una zavorra di realtà, di non pensabilità, costituisce sempre un problema. L'identità corporea non è mai data una volta per tutte, come rivela l'ansia con cui ci guardiamo allo specchio, ci vediamo sempre diversi e interroghiamo specchi diversi, proprio per cercare di ricostruire un corpo che sfugge al nostro controllo. Il nostro corpo è *sessuato* e comunque deve *sessuarsi*; l'identità corporea è frutto, quindi, di un compromesso tra natura e cultura, quanto di naturalmente dato ci sia rimane ancora da chiederselo. Queste pazienti, presentate come storie cliniche, nel testo,

sono solo corpo, corpo mentalizzato, idealizzato, corpo che, recalci-trando, ricerca una più autentica origine. Il problema dell'origine sem-bra orientare questo tipo di patologia; la sofferenza psichica che si pro-duce rappresenta un compromesso con l'ambiente, con le richieste e le sfide affrontate e negate nella vita, è il tentativo di rispondere ad un sti-molo diventato intollerabile. Il problema non è del corpo nè del cibo, queste sono le forme che assume il disagio per mostrarsi.

Il problema del corpo è il problema di quell'identità corporea, di quel-la vita che ruota intorno a quel corpo e che ha paura di non farcela, che non riesce a determinarsi, quindi a mostrarsi e si nasconde dietro a dei *non-corpi*: corpi gravemente sottopeso e gravemente sovrappeso sono corpi congedati dal mondo che proprio per la loro struttura, non posso-no più lavorare o viaggiare o amare o mettere al mondo dei figli. Quindi si evitano il problema / paura / terrore d'esistere. Solo che la cosa è più complicata di come possa apparire, la vita abbandonata e chiusa fuori dalla porta rientra dalla finestra, chiedendo il suo tributo di dolore.

Vi è quindi, una dimensione esistenziale ineludibile di responsabilità e dolore che, prima di divenire disturbo, sintomo, appartiene a tutti. La sofferenza, come l'interpreta Minkowski, non è più vissuta come desti-no personale, ma come possibilità esistenziale: *è possibile che un'esi-stenza si snodi e scorra di fuori da ogni malattia; ma non è possibile che a un'esistenza umana sia sottratta l'esperienza della sofferenza, come dolore che nasca dalla perdita degli orizzonti di senso su cui si fonda il divenire della vita*⁴⁵.

⁴⁵ Cfr. E. Borgna, *L'arcipelago delle emozioni*, Feltrinelli, Milano 2001

VI.2 Come mi vedo *Paola Bianchini*

Mi vedo grassa schifosa, mi hanno messo all'ingrasso, la pancia è enorme, gonfia ogni volta che devo mangiare mi sembra di introdurre veleno, non ce la farà mai a smaltire tutta quella tossicità che fermenta nella pancia e mi gonfia e sto male e vorrei piangere e non ce la faccio più. Oggi è il giorno del peso: loro continuano a dirmi di essere preoccupati, sono 35 kg! Ho preso tre kg in una settimana, di questo passo alla fine del mese sarò rovinata. Mi vedo enorme e loro continuano a fare la faccia preoccupata, lo fanno per tenermi calma per farmi mangiare, lo sento che gli faccio schifo, delle volte mi accorgo che mi guardano le braccia e le gambe e vorrei sparire. Sono stata grassa da bambina e volevo morire per non morire di vergogna ogni volta che mi guardavano è un sensazione che non mi ha più lasciato, sempre la stessa, i loro occhi su di me e io che vorrei sparire, scavarmi una buca. Come si fa a sparire dallo sguardo degli altri, come si fa a non essere più giudicati? Voglio trovare pace, aiutatemi, che qualcuno mi aiuti... Carolina.

Lo sguardo dell'altro mi identifica, ma nello sguardo dell'altro sono anche oggettivato, la mia soggettività decade allo statuto di cosa. E mai, come in questi tempi, questa relazione è diventata così dolorosa; tutti i giovani che incontriamo ci raccontano un mondo ossessionato dall'apparire “*appena passi a Milano le ragazze ti passano allo scanner, dalla testa ai piedi per finire con come ti vesti, se passi l'esame puoi entrare a far parte del giro altrimenti sei out*” Claudia.

Difficile resistere, non farsi condizionare, il bisogno di consenso negli esseri umani equivale al bisogno di essere accettati, amati. Far parte degli esclusi significa relegarsi allo statuto di immeritevoli di amore e gratificazioni e non è quindi da stupirsi che questi sentimenti producano un'angoscia e una svalutazione incontenibile. Per arginare questa falla, ferita identitaria nasce il disturbo che non a caso, si serve proprio del corpo, per manifestare il profondo disagio che colpisce l'individuo. Abbiamo già descritto in altri capitoli il movimento a spirale della dipendenza; il senso d'inadeguatezza produce: malessere? angoscia? sintomo? senso di colpa? sintomo con un rinvio dall'uno all'altro, dando proprio quella sensazione di morsa, circolarità da cui sembra impossibi-

le uscire. La guarigione consiste nell'interrompere il circolo vizioso sostituendolo con un circolo virtuoso che si riappropri dell'autentico valore della soggettività. Cosa cercano questi corpi affamati, ossessionati dal cibo, perché al contrario del luogo comune, che vede nelle anoressiche delle frugali e nelle bulimiche delle voraci, il cibo resta il centro d'interesse principale attorno al quale ruota tutta la loro vita. Il cibo è un'ossessione, diviene compulsione, proprio perché il pensiero non riesce a fare a meno di questa ideazione. È questa una dialettica che ruota intorno al desiderio, ci si percepisce desideranti, non si riesce a controllare la frustrazione di un'aspirazione disillusa, la si argina, così, nel suo fallimento. Potremmo, per usare un gergo preso in prestito dal gioco degli scacchi, definirlo *stallo*, *end-game*, dove ogni mossa è resa superflua dalla mossa precedente, ogni azione è contro bilanciata da una reazione, in modo che alla fine il risultato sia zero. Quello che si cerca di ottenere è una sorta di paralisi, di fissità, in cui ogni nuovo agire è reso insensato. Allo zero da perseguire come risultato finale, corrisponde la vanità d'ogni forma di radicamento dell'identità. Il disturbo appare, di contro, come un modo essenziale in cui l'identità si progetta nel mondo. È difficile, per queste giovani donne riconoscersi nel proprio corpo, lo negano, non si vedono, se si vedono è in maniera distorta. La causa: *è da ricercarsi proprio laddove il corpo non rinvia ma trattiene, dove è vissuto come l'impedimento da superare per essere al mondo, quell'impedimento che ciascuno può diventare a se stesso nel momento in cui si nega come apertura originaria*⁴⁶.

Il corpo perde la caratteristica di essere l'apertura verso l'esistenza e diviene la barriera attraverso la quale proteggersi⁴⁷. La guarigione consisterà nel fare del proprio corpo, l'organo attraverso il quale riallearsi con la vita.

⁴⁶ U. Galimberti, *La casa della psiche*, ed. Feltrinelli

⁴⁷ P. Bianchini, L. Dalla Ragione, *Il cuscino di Viola*, ed. cit.

VI.3 Come mi vedono *Paola Bianchini*

Lo avevo detto, è successo ancora un'altra volta, mi ero fidata di voi, avevo ricominciato a mangiare, ho mantenuto tutte le mie promesse e cosa ottengo? Il disastro, un'angoscia incontenibile e ancora mi sento dire quelle cose... . Non ci riesco, non riesco ad essere centrata come dite voi, non riesco a fregarmene degli altri, del loro giudizio, mi sembra di andare meglio, che avessi imparato qualche cosa d'importante e invece niente, il disastro finale: ora ricomincerà tutto come prima, le ossessioni, il restringere, la fame, il senso di colpa. Avevo superato lo scoglio del ritorno alla vita con le battutine di tutti e i soliti commenti: "come ti troviamo bene, ora sì che stai bene, ti sei ripresa..." che in automatico veniva tradotto "come sei ingrassata, ora si sei di nuovo grassa come prima ecc..." ero stata brava, ero un gigante come dice Vania, invece niente, ieri arriva mia madre in camera da letto si avvicina con quell'arietta che precede la tempesta e con aria trionfante annuncia a me e al mondo intero che possiamo riprendere i vestiti di prima che lei aveva conservato per me nella sua angelicata e sempre innocente efficienza. Bel risultato! I vestiti di quando ero grassa quindi devo ricominciare a non mangiare, devo restringere perché tra poco tutto tornerà come prima. Lucia

La lettera di Lucia è da manuale, è il caso tipico che vi descriviamo tante volte quando chiediamo con insistenza di non parlare del cibo o delle forme corporee con i figli. Se volete rassicurarli con un complimento fatelo circoscritto: "quanto ti vedo bene, hai una nuova luce nello sguardo, mi sembri più serena, stai facendo un buon percorso, vedrai che ce la farai..." questi sono incoraggiamenti efficaci, tutti gli altri commenti su come perdono o acquisiscono peso sono sempre coltelli per questi pazienti, armi da maneggiare con cura perché troppo spesso ancora li usano per ferirsi.

La realtà viene usata ancora per farsi del male e il giudizio degli altri è di fondamentale importanza per potersi configurare, è come se gli altri dovessero firmare un assegno di garanzia alla loro identità. Nello sguardo dell'altro mi conosco per la prima volta, mi vedo come coscienza che viene vista.

Il senso d'inadeguatezza diviene senso di colpa di Lucia e di tutti coloro che lo sperimentano. La colpa è di non riuscire ad adeguarsi, la colpa è di non riuscire ad accedere a desideri realizzabili, puliti, la colpa è di essere mancanti in un mondo che non manca di nulla, basterebbe allungare solamente la mano.

Nella storia di molte di queste ragazze c'è un tentativo disperato da parte dell'ambiente, dei familiari, di strapparle a quel vuoto. Tuttavia il pieno che la famiglia tenta di ricomporre non è il nutrimento che si adatta alla loro domanda. Non valgono gli argomenti a favore della vita: che sono giovani, che sono belle, che hanno la salute, che ci sono bambini inchiodati al letto dell'ospedale che vorrebbero vivere, che sono amate. Non valgono neanche gli argomenti contrari ad essa: che la vita è dolore, che esiste la fame nel mondo, lo scandalo della sofferenza degli innocenti, le guerre, i poveri, gli afflitti. Tutti questi argomenti non fanno che alimentare il senso di colpa inchiodandole all'evidenza della propria inettitudine, sono falsi pensieri, filastrocche recitate per alimentare il persecutore interno. Ciò che il loro pensiero ha configurato è un mondo diviso tra buoni e cattivi, giusti e sbagliati, belli e brutti, grassi e magri, efficienti ed inetti, sani e malati. A loro spetta sempre il posto del respinto e tutta le realtà esterna non serve che come conferma della loro meritata esclusione⁴⁸.

Questo è il motivo per cui raccomandiamo ai familiari di tranquillizzarli, senza che questo diventi dipendenza dalle rassicurazioni; ciò si ottiene affidando loro piccoli compiti in grado di essere assolti con sicurezza, potendo così ricominciare a ricostruire quell'immagine interna così fragile e minacciata a partire da una nuova alleanza e fiducia con sè stessi e con il mondo.

⁴⁸ P. Bianchini, L. Dalla Ragione, *Il cuscino di Viola*, ed. cit.

CAPITOLO VII

LA FAMIGLIA

VII.1 I nostri figli, gli adolescenti: ma cosa gli passa per la testa? *Laura Dalla Ragione*

*L'ora più solare per me
Quella che più mi prende il cuore
Quella che più mi prende la mente
Quella che più mi perdona
È quando tu mi parli.
Alda Merini*

È dunque la parola che fonda la nostra appartenenza al genere umano, e per un adolescente è ciò che dalla narrazione dei genitori, delle persone amate, dei familiari è transitato, il suo ancoraggio al mondo. Non stanchiamoci mai di parlare, di raccontare storie ai nostri figli. Siamo il frutto eterno di queste narrazioni.

Esistono intere biblioteche sull'adolescenza; ma anche se avessimo letto tutti i libri scritti sull'argomento ci domanderemmo comunque cosa passa per la testa di quegli strani individui che girano per la nostra casa e che non riconosciamo più. "Non lo capisco più", "non mi parla più", "sono diventato il suo peggior nemico". In verità sfatiamo un primo mito e cioè che il figlio che avete davanti sia un alieno senza nome, in verità egli è lo stesso di sempre. Ma il suo cambiamento così radicale è legato al fatto che ora è posto di fronte a nuove dinamiche, situazioni, sfide, che lo espongono per la prima volta a parti di sé sconosciute.

L'adolescenza è comunque un periodo difficile da definire. In termini di tempo è quel periodo tra l'infanzia e l'età adulta, quei sei frenetici anni, tra i tredici e i diciannove dove accade davvero di tutto. Esiste una adolescenza biologica, ovvero quel periodo in cui emergono le caratte-

ristiche sessuali secondarie. Nelle ragazze questa fase coincide con il menarca, cioè con la prima mestruazione (11-12 anni). Nei ragazzi il cambiamento della voce e la crescita della barba si collocano intorno ai 14 anni. Come la prima infanzia, l'adolescenza è un periodo di rapide trasformazioni biologiche, combinate a nuove richieste e aspettative ambientali. Per quei ragazzi e ragazze che già presentano disturbi del comportamento, le nuove richieste dell'adolescenza possono aggravare le tensioni in cui si dibattono, esacerbando le difficoltà. Anche altri, che da bambini avevano raggiunto un adattamento fragile e precario, possono essere sopraffatti dai grossi cambiamenti che sopravvengono con l'adolescenza e sviluppare allora disagi più intensi. Ci sono anche quelli che hanno avuto un'infanzia relativamente "sana" e hanno maturato un saldo senso di autostima e di fiducia in se stessi: per i quali teoricamente l'adolescenza potrebbe essere veramente un periodo stimolante, di arricchimento e di crescita psicologica. Ma in verità tutti ricordiamo quello come il periodo più difficile della nostra vita, dove scarsa è la consapevolezza di sé, difficili e complessi sono i rapporti con i pari e con gli adulti, dove basta una frase o uno sguardo per far crollare una sicurezza sempre precaria.

Tradizionalmente, nella letteratura scientifica e non, questa fase evolutiva è vista come un periodo di grande agitazione e tumulto emotivo, suscitati dai rapidi cambiamenti fisici, dall'insorgere della sessualità, da richieste di maggior responsabilità nell'ambito familiare, combinate con una più accentuata identificazione con i coetanei nel mondo esterno. L'adolescenza psicologica, invece, è quel periodo dove si impara a rinunciare alla dipendenza protetta dell'infanzia per avviarsi all'indipendenza e alle responsabilità della vita adulta. Uno degli aspetti decisamente più complicati di questo periodo è l'incredibile altalena tra un umore e l'altro e i turbamenti emotivi che l'accompagnano.

Ogni cosa che i genitori fanno, evoca, il più delle volte, una reazione ostile. È un periodo evolutivo in cui l'adolescente sta tentando di crearsi una identità personale. Da bambini la nostra identità è completamente determinata dai genitori. In realtà, essi ci dicono chi siamo, dicendoci a chi apparteniamo, e dicendoci cosa si aspettano che diventeremo crescendo. Questa identità, per ovvie ragioni, ci viene imposta dall'ambiente in cui siamo inseriti: un'identità esterna che "funziona"

finché siamo in una posizione dipendente. Ma, man mano che cresciamo e ci distacciamo dalle nostre “radici”, possiamo scoprire che le nostre aspirazioni sono in conflitto con le aspettative dei nostri genitori. Questo è il motivo per cui uno dei più comuni disagi emotivi dell’adolescenza viene chiamato “crisi di identità”. È un periodo di intensa preoccupazione, incentrata sul rapporto tra sé e gli altri intorno a lui. Nella società in cui viviamo la sicurezza viene spesso cercata negli oggetti di consumo, nelle adesioni a modelli condivisi (la magrezza, la ricchezza, l’essere famosi).

L’adolescente, anche se non ha un ruolo sociale ben definito, è un soggetto determinante in termini economici nella modernità. Esiste, infatti, un preciso gruppo di consumatori adolescenti. È bene sottolineare che la quantità di denaro di cui dispongono i giovanissimi, è aumentato in proporzione molto più rispetto agli adulti e questo, ovviamente, è stato sfruttato a livello commerciale (scooter, computer, cd, cosmetici, riviste, alcool, discoteca, ecc.). Tutto questo li espone ad una confusa ricerca d’identità attraverso gli oggetti e i comportamenti sociali più condivisi, in un’epoca in cui la debolezza di valori fondanti, che da sempre gli adulti hanno trasmesso ai propri figli, resta uno dei problemi più inquietanti.

Desideri e bisogni

Il bisogno di avere delle “fondamenta” è uno dei temi più forti. Che in termini molto semplici significa innanzitutto un’esplicita assicurazione di affetto, la consapevolezza di essere apprezzati come singoli individui, l’appartenenza. Il desiderio di essere unici e irripetibili.

Volo ut Sis, dice S. Agostino, voglio che tu sia, ti amo per come sei, frase semplicissima ma difficilissima da applicare soprattutto per un genitore. C’è il bisogno di sentire che c’è un futuro, e ancor più che in questo “tempo” c’è un posto per lui.

Ci deve essere la percezione di abitare il mondo, di avere uno spazio in primo luogo nella mente dei genitori e poi nelle infinite relazioni che compongono lo spazio dell’esistenza. Il mondo è fatto di persone specifiche, di nomi, di volti familiari, di persone che ti riconoscono. Esisti

se qualcuno ti chiama per nome. Ma c'è anche il bisogno di limiti. I limiti implicano una struttura di contenimento, un quadro di riferimento entro cui l'adolescente può elaborare un'identità per sé. Deve esserci equilibrio, lealtà e comunicazione coerente. Se non ci sono limiti, le norme non possono essere definite e se non ci sono norme si corre continuamente il rischio di ledere l'autorevolezza degli adulti. Il bisogno di libertà si muove entro questi limiti. I limiti definiscono gli estremi di azione e reazione. Entro questi limiti l'adolescente sente di dover avere libertà di scegliere da solo, mentre esplora l'area delimitata e mentre fa le sue esperienze in modo autonomo. Non vuole accettare, per la sua "costituzione", la verità come un dogma di autorità, vuole scoprirla da solo. Questo richiede pazienza e soprattutto malleabilità da parte di coloro che cercano di strutturare i limiti. Il bisogno di contenere l'angoscia, e con questo parliamo dell'angoscia che deriva dal non essere certi di se stessi e della propria posizione rispetto agli altri. L'adolescente si interroga continuamente sulla propria posizione nella società, sull'adeguatezza delle sue funzioni sessuali, sulla sua accettabilità tra i coetanei, se debba trovare un compromesso con le idee dei suoi genitori o se debba senz'altro rifiutarle. Si chiede chi è, perché esiste, e la sua mente è perennemente occupata in problemi di essere e non essere. L'alternanza di euforia e depressione è frutto di questa ricerca (libertà, autonomia, identità) e in gran parte responsabile della volubilità di umore di molti adolescenti. Non dobbiamo quindi averne paura ma anzi capire che in quei momenti si sta giocando una partita importante, decisiva per la costruzione dell'individuo.

Il bisogno di far fronte alle crisi di fiducia. In vari momenti del suo processo evolutivo l'adolescente perde fiducia in se stesso come persona in relazione a se stesso o come persona in rapporto ad altre persone. Ciò significa che cerca una rassicurazione, ma nello stesso tempo si comporta in modo da rendere questa rassicurazione difficile.

Il bisogno di raggiungere degli obiettivi rimane un'esigenza primaria. L'adolescente tende all'indipendenza, a un'emancipazione nel vero senso della parola. Tenta di sviluppare controlli interni, piuttosto che affidarsi al controllo imposta dall'esterno. Impara a scegliere cosa fare, e cosa non fare, secondo la sua volontà.

L'ascolto e la pazienza

È importante tenere presenti questi bisogni emotivi, per poter comprendere alcuni degli aspetti più inquietanti del comportamento adolescenziale e cercare le parole che possano incontrare il loro dolore. Gli umori imprevedibili, che oscillano da un estremo all'altro, hanno origine ovviamente da un'angoscia di base e, soprattutto, dall'indecisione. L'intero organismo è in uno stato di squilibrio, e i meccanismi psicologici interni di controllo non sono ancora sviluppati e perfezionati. Gli adulti tendono a rispondere alla loro instabilità di umore con l'ostilità e il rifiuto, e queste reazioni fungono da feedback positivo e rendono peggiore lo stato d'animo del ragazzo. Molte risposte dell'adulto hanno solo l'effetto di rinforzare il senso di inadeguatezza. Riunirsi insieme in vari gruppi non costituisce solo una forma di protezione ma anche una forma di auto identificazione.

“So chi sono perché appartengo al gruppo che guarda quel genere di film, seguo quel genere di moda, quella band musicale, ecc”. Molte culture crescono su questa tendenza a riunirsi per esprimere le emozioni e gli atteggiamenti reciprocamente sentiti. Quando soggetti instabili, insicuri, si riuniscono in gruppo, emozioni più primitive vengono combinate e possono essere espresse anche in forme di comportamenti anti-sociali e aggressivi.

Per quasi tutti i ragazzi, l'adolescenza significa soprattutto una sola cosa: dimostrare che non si è più “bambini”. Potremmo forse convincerli che per noi questo è un fatto scontato; se lo facessimo, la situazione perderebbe molto della sua tensione.

Ma se il ragazzo ha la sensazione che deve dimostrarlo, è abbastanza naturale che cerchi di mettere esageratamente in evidenza questo fatto. Moltissime manifestazioni dell'adolescenza sono il risultato del desiderio di mostrare indipendenza, parità con gli adulti e virilità o femminilità. La direzione data a queste espressioni dipenderà dal significato che il ragazzo ha attribuito al fatto di essere “adulto”. Se essere “adulto” per lui significa essere libero da controlli, il ragazzo lotterà con tutte le sue forze contro queste restrizioni. Alcuni rivelano un'ostilità inaspettata verso i propri genitori e i genitori rimangono esterrefatti nel vedere che un ragazzo così, fino ad allora, obbediente possa essere

diventato improvvisamente così disobbediente. Non si è verificato un reale cambiamento di atteggiamento, ma è soltanto adesso, quando ha più libertà e più forza, che si sente in grado di proclamare il proprio disappunto. Nella maggior parte dei casi, durante l'adolescenza ai figli viene data una maggiore libertà e una maggiore indipendenza. I genitori sentono, in base ovviamente al proprio vissuto, di non avere più il diritto di sorvegliarli e proteggerli di continuo. Se però i genitori tentano di proseguire la loro sorveglianza, i ragazzi faranno sforzi ancora maggiori per sfuggire ai "controlli". Più i genitori cercano di confermare loro che sono ancora bambini, più essi lotteranno per dimostrare l'opposto.

Da questa lotta, per ovvie ragioni, si sviluppa un atteggiamento antagonista, e abbiamo così il quadro tipico del "negativismo dell'adolescente". In questa fase tutti gli organi del corpo crescono e si sviluppano, e a volte il coordinamento delle funzioni non si realizza facilmente. I ragazzi crescono di statura, si modifica tutto l'assetto ormonale ma non sempre riescono a governare questo cambiamento; se durante tale processo vengono criticati e derisi, arriveranno a credere di essere goffi. Questi cambiamenti sono fonte di estrema sofferenza per i ragazzi. Molte delle reazioni imprevedibili dell'adolescenza provengono dalla mancanza di un'adeguata preparazione e di un adeguato corredo cognitivo di fronte a queste trasformazioni.

Se i ragazzi hanno paura del futuro sarà abbastanza naturale che cerchino di affrontarlo con metodi che richiedono il minimo sforzo. Queste strade facili, però, sono inutili. Più a un ragazzo si rivolgono ordini, esortazioni e critiche, più forte diviene la sua impressione di trovarsi di fronte a un abisso. Più noi lo spingiamo avanti, più lui cerca di tirarsi indietro. A meno che non riusciamo ad incoraggiarlo (sostenendolo), ogni sforzo per aiutarlo sarà un errore e lo danneggerà ulteriormente. Finché è così pessimista e spaventato, non possiamo aspettarci che abbia la sensazione di potersi permettere degli sforzi supplementari.

Essi vogliono ancora mantenere quei "privilegi" dell'infanzia, ma diventando più grandi scoprono di non essere più al centro dell'attenzione, e rimproverano la vita per averli ingannati e respinti. Sono stati allevati in un'atmosfera calda e, ora, l'aria esterna sembra loro dolorosamente fredda.

È in questa fase dello sviluppo che noi scopriamo capovolgimenti evidenti della tendenza a progredire: ragazzi da cui ci si aspettava di più cominciano a fallire negli studi o nel lavoro, mentre quelli che prima sembravano meno dotati cominciano a superarli e a rivelare capacità insospettate. Non c'è contraddizione con la loro storia precedente, per alcuni comincia il timore di deludere le aspettative di cui erano stati sovraccaricati e ciò può provocare paralisi, viceversa bambini che si sono precedentemente sentiti poco stimati e trascurati, ora che instaurano rapporti più ampi con i loro compagni, concepiscono forse la speranza di poter essere apprezzati, e danno il meglio di sé.

Comprendiamo come un punto cardine della struttura dell'adolescente sia un buon senso di sé, una buona autostima.

È lo sguardo dei genitori che per primo fonda questa percezione sicura di sé. Sosteniamolo e stiamogli accanto quando fallisce. Sosteniamolo nelle piccole battaglie quotidiane, siamo felici con lui dei suoi successi.

Quando si sentirà forte in "qualcosa" egli penserà che, essendo in grado di fare qualcosa bene, nulla gli impedirà di riuscire anche negli altri campi. È importante una riuscita, un successo, un progresso: anche uno solo. Attraverso il dispiegamento dei suoi talenti, acquisirà l'equilibrio e la volontà di affrontare la vita.

VII. 2 Genitori in prima linea *Paola Bianchini*

Ho visto il servizio e la vostra e-mail su "IO DONNA", supplemento del Corriere della Sera ho pensato di scrivervi. Ho una figlia di 32 anni, obesa, affetta da iperfagismo compulsivo. La ragazza è stata sempre "robusta" ma sino a che è vissuta la madre è riuscita a mantenersi, con cure e massaggi, entro certi limiti. Nel 1999, morta la madre, non è più riuscita a controllare il proprio peso aumentando sempre più sino ad arrivare a 123 Kg. Ho provato a contattare i Centri Medici degli Ospedali Romani alla ricerca di una soluzione. Ho sempre trovato medici e personale disponibile, ma la mancata collaborazione di mia figlia non ha mai portato a risultati soddisfacenti. Nel 2001 viene a conoscenza dell'esistenza di una Clinica di x diretta dal Prof. x Ci

informiamo dei sistemi e dei costi e decidiamo d'affrontare l'avventura. L'accompagno dove rimane per circa 8 mesi; per i primi 4 mi è stato inibito d'incontrarla e poi brevi visite anche per vedere il funzionamento e i criteri di conduzione. Quando siamo arrivati pesava 126 Kg. e poi, nel corso dei mesi, alla "modica spesa" di circa 15, 16 milioni (di lire) al mese, al momento della dismissione pesava circa 80 Kg. Una dieta ferrea, movimento, sport, massaggi, ecc. erano riusciti nel "miracolo" che, purtroppo, è durato appena 1 anno. Solo dopo abbiamo saputo che l'80% delle "pazienti" ricade nella malattia.

Nel corso di questi ultimi anni la situazione non è cambiata; mia figlia, che non lavora, vive con me, pesa circa 140 kg. e mi strazia il cuore a vederla a non far niente e a mangiare, di tutto: pasta, dolci, pane, formaggi, prosciutto, ecc. Non riesco a controllarla e non so se trattarla con dolcezza o con durezza. L'ho anche accompagnata, dopo tante mie insistenze, presso un chirurgo per valutare la possibilità di un intervento (tra l'altro a carico del sistema sanitario pubblico), a quanto pare l'unico che possa risolvere la situazione. Ma lei non vuole e quindi... . Che parole di conforto mi potete fornire? Che strada mi potete indicare? Devo essere benevolo, indifferente, far finta di niente, aggressivo, non darle i soldi per la spesa?... . Grato per una risposta, ringrazio e vi saluto augurandovi buon lavoro per tutti quelli a cui riuscite a dare un futuro di speranza. Guido da Roma.

È una delle tante lettere che riceviamo come Associazione, i genitori sono spesso disorientati sul da farsi e dove reperire informazione per i percorsi di cura; in tal senso la guida dovrebbe servire anche di supporto, informazione ed orientamento per i tanti, tantissimi che ci contattano giornalmente. Ci rendiamo conto delle difficoltà di scelta di fronte a quello che sta pericolosamente diventando un mercato. Il bisogno d'informazione chiare e trasparenti è molto più di una semplice esigenza: è un diritto, il diritto alla cura e ad un percorso chiaro e qualificato. Nel capitolo sulla scelta delle terapie troverete una relazione sullo stato dell'arte dell'assistenza in tema di DCA in Italia. Ci teniamo a sottolineare il lavoro che il Servizio Sanitario Pubblico svolge nel territorio. Resta certo che i genitori sono in prima linea in questo tipo di patologia, spesso troppo soli ed isolati. Alla grande rete di informazioni che si è creata intorno ai Disturbi del Comportamento Alimentare è seguito un altrettanto grande disorientamento delle famiglie.

Informazioni spesso in conflitto tra di loro, passibili di troppe e confuse interpretazioni. Chiunque sa o pensa di saper qualcosa intorno all'argomento e molte famiglie ci raccontano il loro disorientamento; c'è sempre un parente, un amico dell'amico con una nuova idea da proporre e una nuova soluzione: insomma ognuno pensa di poter dire la sua! Quanti luoghi comuni, false convinzioni intorno a questa patologia: *"saprei io come fare...mandarla 6 mesi in Africa a veder morire di fame un bambino, vedrai che guarisce" è la noia che le fa mangiare*, *"tutti soldi sprecati per la spesa che finiscono dentro un gabinetto"*, *"è solo una questione di volontà se vogliono mangiare, non c'è niente di più naturale del mangiare"* *"devi svezzarla un'altra volta, impararle a mangiare ricominciando dagli omogeneizzati"*. Queste alcune delle motivazioni che ci siamo sentite raccontare da genitori disperati in cerca di informazioni chiare e distinte.

La malattia dei propri figli viene spesso sentita come un'accusa su di sé, mancano le parole, si smette di parlare o più profondamente d'ascoltare. Genitori smarriti, che si trovano da soli a dover affrontare un disturbo, a volte culturalmente incomprensibile: il rifiuto del cibo, dei pasti in comune, nega e sconfessa ogni forma d'intimità familiare: *questi figli sputano sul nostro lavoro, tradiscono queste mani che lavorano per dargli da mangiare*.

Sono le parole di un padre, uno dei tanti, che ogni fine mese intervengono agli incontri della residenza di Palazzo Francisci.

È un padre smarrito, ha visto spazzare via dalla malattia della propria figlia, tutto ciò che culturalmente lo legava alla sua funzione genitoriale; viene da un piccolo centro agricolo della Basilicata, le sue *mani* sono abituate al lavoro duro, la ricompensa a fine giornata è rappresentata da un pasto ricco in comune. Questa figlia mette in discussione un ordine tramandato da generazioni di padri e figli che sembrava immutabile⁴⁹.

È vero non c'è niente di più naturale di più immediato di mangiare negli esseri umani, proprio per questo chi si ammala di questa patologia tende a negarlo per tanto tempo e l'ambiente a non vederlo o a sottovalutarlo.

⁴⁹ Ivi

Proprio per questo è una malattia così vischiosa ed invischiante, perché molto vicina alla naturalità, spontaneità dei nostri atti quotidiani. Di naturale in questa patologia non resta niente, il soggetto è come paralizzato e impedito in ogni gesto spontaneo, sotto scacco di una morsa ossessiva che gli impedisce qualsiasi scelta autonoma e fuori dalla gabbia del controllo. Purtroppo non si tratta di volontà, né buona né cattiva la mancanza di volontà, il non poter avere una volontà è ciò che caratterizza questo disturbo. Quindi magari mandarli in Africa ad assistere dei bambini in grave denutrizione non porterebbe nessun vantaggio se non farle sentire ancora più in colpa ed immeritevoli di mangiare: perché il punto è proprio questo, molti pazienti ci raccontano un senso di colpa, di svalutazione così grave che li rende incapaci di poter accedere a qualsiasi piacere, anche sedersi senza prima aver sofferto, pagato, con un danno il proprio tributo all'esperienza.

Per questo raccomandiamo la pazienza, non a caso tra le più nobili virtù, tuttavia per essere pazienti, con dei rituali che minacciano così fortemente la stabilità della vostra famiglia, bisogna darsi delle ragioni poiché: solo chi ha un perché troverà il come. Arrivate alle nostre riunioni (*I Sabati dei Genitori*) con l'esigenza di trovare una soluzione ai molti come che affollano i vostri pensieri "come fare?", "come parlarle?", "come mangiare?", vi incoraggiamo a trasformarli in altrettanti *perché*: solo chi ha un perché si accontenta di ogni come. Il senso di una malattia è rintracciare il senso di quel percorso, solo questo vi indicherà la via e vi sosterrà nel coraggio necessario a percorrerla. Chi si sofferma con dei *buoni* come deviando la domanda di senso, si troverà molto presto indebolito ed infiacchito dalla stanchezza che tali difficoltà implicano e abbandonerà ogni tipo di soluzione, dando luogo ad un pellegrinaggio inutile e dannoso verso percorsi di cura spesso molto lontani tra di loro.

VII.3 Il senso di colpa, la rabbia *Paola Bianchini*

Stamattina ho letto la lettera del padre di Cristina, ho pianto per tutta la durata della lettera (non ci vuole tanto per farmi piangere in questo periodo) è molto bella e mi ha commosso; è incredibile come i pensieri, le fantasie, le paure di noi genitori si ripetano uguali se pure in famiglie e situazioni diverse. Io qui sto tirando un pò l'anima coi denti...anche se Giulia ora sta meglio la paura e il ricordo così recente della sua disperazione e della sua non voglia di vivere mi sembrano ancora alla porta...così vicini e ogni suo malumore diventa facilmente la paura di una ri- discesa...invece no, lei sta benino e anche se è molto sola (solo amici (miei) quaranta-cinquantenni...), ed è piena di voglia di fare...teatro, tai chi, di vedere gente, di andare...anche se in modo un pò confuso. Insomma non sappiamo che fare, stiamo prendendo tempo per non costringerla a scegliere cose e persone che non la convincono. Però siamo preoccupati perchè il tempo passa e lei è senza rete, senza protezione e senza sostegno (a parte il nostro). Sono molto stanca e a volte ho molta rabbia verso di me, verso di lei, verso mio marito, verso la vita che mi ha riservato tutto questo. Mi sento condannata, prigioniera di un destino che non cambierà mai, ho paura di scoprirla diversa, di illudermi per poi soffrire ancora, vorrei incontrare altri genitori non sentirmi più così sola, fuori il mondo non capisce il dramma di un problema del genere.

La madre di Giulia, scrive del suo dolore e della rabbia connessa ad esso. Quando una sofferenza non è accettata, quando non ce la si spiega, allora diviene senso d'impotenza, caduta libera, sensazione di essere presi dentro una morsa che non lascia possibilità di ripresa. Il mondo fuori tace o peggio si prodiga di falsi consigli, per lasciare un vuoto d'incomprensioni che fa ancora più male. Dalla rabbia si passa al senso di colpa, in un' altalena di emozioni e di stati negativi che non permettono di vedere più come stanno le cose. Bisognerebbe tornare a guardare nostra figlia, vederla per quello che è, non per i problemi che ci dà. Nessun amore è tale, impunemente, ci chiede sempre il suo tributo d'esperienza e nel mettere al mondo i nostri figli non c'è stato garantito uno stato d'immunità dal dolore, che dovessero vivere e farci vivere nel migliore dei mondi possibili.

Accettare il dramma che investe la propria famiglia è accettare la propria sofferenza e quella del proprio figlio sapendo di non essere condannati a questa. Il Talmud insegna: *“I cardini reggono la porta e le prove reggono l’uomo. Se sarai capace di accogliere le tribolazioni e di sopportarle, accettandole come prove della tua resistenza e consistenza, allora quelle pene si trasformeranno in cardini e ti reggeranno”*. La rabbia dobbiamo perdonarcela, capirla, confinarla nel qui ed ora e non eleggerla a legge universale. Nessun uomo è condannato al male, di contro siamo destinati a vincerlo. Abbiamo bisogno di genitori coraggiosi, che sappiano guardare senza paura e con occhi disincantati la realtà, che educino i propri figli a sostenere lo sguardo fisso sul negativo fino a quando si abbassa su di loro.

Decisivo rimane accompagnarli nella crisi: crisi significa divisione, decisione. Partire originariamente significa ripartire, divedere, separarsi. Quando fallisco significa che devo partire, separarmi dal vecchio progetto di vita. Ciò nonostante, è fallito il mio progetto, non sono fallito io come persona. Attraverso la crisi si può accedere al proprio vero volto, a nuove possibilità esistenziali. Nella crisi si tratta di eliminare il superfluo, per questo sembra un vento che spazza via ogni dimensione che fatica ad essere vissuta: tutto il proprio vissuto viene separato, spezzato, affinché l’essenziale venga alla luce.

VII.4 Perché noi? *Paola Bianchini*

*Sono la mamma di Carla,
una ragazza che dopo un lungo soggiorno in Residenza è uscita.
A casa abbiamo rivissuto in questo mese le gioie e le ansie del
ritorno. Ci siamo emozionati per azioni che anche fino ad un anno fa
sembravano le più ovvie, le più semplici e che ora ci sembrano dei piccoli
miracoli. Ma abbiamo tanta paura. Paura che nasce dalla consapevolezza
della crudeltà di questa malattia. Mia figlia è entrata al Francisci che
neanche beveva, ha fatto il suo bel percorso supportata da quelle
meravigliose anime (tutte, ma proprio tutte!) che lavorano lì,
ma chiaramente non è guarita. È più consapevole dei suoi limiti, sa
meglio come gestire i suoi problemi, ma quando ieri sera l’ho vista*

sconfitta dalla disperazione per non poter condurre una vita senza la condizione incessante del cibo, mi è venuto da piangere insieme a lei. Sono disperata e mi chiedo continuamente: perché a me? Perché a noi? Perché Carla che di tutti i miei figli era la più gioiosa, la più bella, una coccolona. Mia madre mi ripeteva sempre: vedrai questa figlia non riuscirai più a spiccartela, sempre accanto a me, una mamma! Ora non vuole neanche essere toccata, non ricordo più la gioia di un carezza e mi devo accontentare nelle giornate migliore di un ciao mamma...cosa ho fatto per meritarmi una punizione così grave, dove è la mia colpa, come posso farmi perdonare e come potrò perdonarmi?. Non rivedrò più mia figlia, al suo posto ho il volto di questa malattia e scusatemi, in questa notte mi sento ancora più sola.

Grazie per avermi ascoltato

È un'altra mamma che di notte ci scrive all'indirizzo dell'associazione (mifidodite@pgcesvol.com), si sente sola, questo senso di vuoto proviene dal fondo di se stessa. La madre di Carla, non si riconosce in questa sofferenza, non riconosce nè se stessa nè la propria figlia, non accetta che al volto dolce, sereno e gioioso di Carla si sia sostituita la maschera della malattia e prende tutto questo come una condanna. In tal senso, è giusta e legittima la domanda: perché noi?. Se si è perduto il contatto con il volto della propria figlia è legittima la disperazione e il senso di colpa; andare in cerca di una causa o di un colpevole a cui imputare questo dramma. È sicuramente più rassicurante pensare ad un nemico esterno, anche una condanna per la famiglia, piuttosto che un insostenibile vuoto.

Tuttavia, le cose nella vita, non seguono proprio il riduzionismo a cui le vorremmo relegare, sono sempre più complicate di come appaiono. E se c'è (metaforicamente, s'intende) *un omicidio non è detto che esista l'assassino*. Bisogna cambiare le nostre domande, restituirgli la dignità di un domandare più alto, meno infantile, che accolga il problema della malattia e della sofferenza senza viverlo come condanna personale. Alla domanda "*Perché noi?*" si potrebbe rispondere, altrettanto legittimamente "*Perché non noi?*". Non ci si deve chiedere il perché del male, la sofferenza non è una questione di merito, anzi è sotto gli occhi

di tutti come i più immeritevoli vengono spesso colpiti. Esiste una grande lezione che ci può dare il dolore e consiste nell'accogliere che ci cambi: e spesso, i volti che non riconosciamo più, non è solo perché sono trasfigurati dal male.

VII.5 Come fare con gli altri figli? *Paola Bianchini*

Ciao, sono Giovanna mamma di Deborah.

Vi scrivo con l'acqua alla gola, ho altre due figlie: Michela di 16 anni e Sara di 10. Ho il terrore che tutta la mia famiglia possa essere colpita da questo morbo che è l'anoressia; Michela più grande di Deborah di solo un anno, non accetta il disturbo della sorella, continua a dire che la colpa è solo nostra, che l'abbiamo viziata che gli abbiamo permesso di fare tutto quello che voleva, la scuola, la danza, gli amici a dormire a casa e soprattutto che gli abbiamo permesso di mangiare come voleva. Lei è stufo di farsi tiranneggiare dalla sorella, così le ha tolto il saluto, appena la vede si chiude in camera sua, rientra tardi e a sera, non studia, ci provoca continuamente.

Ieri, dopo una discussione molto violenta con il padre, gli ha urlato che siamo due falliti, incapaci di farci rispettare da una figlia e allora perché dovrebbe rispettarci lei? Sara la più piccola sempre molto legata a Deborah si è schierata, non vuole sentire discussioni, piange ed è molto nervosa soprattutto ai pasti, incomincia ad escludere cibi e dice continuamente di essere grassa, ho paura che voglia imitare la sorella. Non tengo più le fila di questa situazione, andiamo ad una terapia familiare ma praticamente solo io e mio marito, non riusciamo a farci seguire dalle figlie. Avremmo bisogno di concentrarci su Deborah, che le altre due ci dessero un po' di respiro, se non d'aiuto e invece si sono rimesse al centro della scena o dramma. Non so da dove cominciare, con chi iniziare a parlare, la mia voce si fa sempre più debole e loro, "le bimbe" hanno preso il sopravvento. Delle volte, voglio confessarlo, per la prima volta, vorrei chiudere gli occhi per riposarmi, la sera faccio sempre un giro più lungo in macchina prima di tornare a casa o rimango chiusa in garage per rimandare il momento del rientro a casa. Sento che a questo punto c'è qualche cosa in me che non funziona, non

ho saputo mantenerle unite con noi, nè fra di loro, cosa posso fare? Chiedo il vostro aiuto, siete molto preziosi per tutte le famiglie, grazie.

Le altre due figlie si sono rimesse al centro della scena, del dramma, come lo definisce la mamma di Deborah e perché non doveva essere così? Perché avrebbero dovuto far posto alla malattia della sorella mettendosi da parte? La madre vive le due figlie come problemi, non come risorse nel cammino terapeutico della figlia ammalata e le implora di darle tregua, di farsi trasparenti, di far spazio al problema dell'altra figlia.

L'amore, già per sua stessa natura è sempre un po' tirannico, quello dei figli lo è ancora di più, quello dei figli con una famiglia in difficoltà lo è in maniera ancora più radicale. Gli altri figli vivono non solo il dramma della malattia della propria sorella, ma vivono la minaccia della disgregazione familiare, dalla perdita dei propri genitori. Si difendono attaccando, se il danno c'è, allora anche loro vogliono contribuire a quel danneggiamento non vogliono essere relegate dalla parte dei danneggiati: perché l'amore vuole solo l'amore anche a costo del dolore. Cosa fare?, Da dove ricominciare?.

Pensiamo sia importante ricominciare dalla rassicurazione: io ci sono e ci sono anche quando sono sfinita, ci sono anche a pezzi, ma non vi mollo, la mia mano continua a tenere. Le bimbe hanno avuto paura di essere diventate trasparenti, hanno sentito che qualcun altro prendeva il posto dei propri genitori: cioè il dramma (come lo definisce la mamma) si sostituiva alla propria famiglia. Quindi, con i mezzi che possono avere due bambine/ragazzine si sono ribellate al nemico invisibile, il loro non è un rimettersi al centro della scena, ma richiamare con i mezzi di cui dispongono, la vita dentro la propria casa. Perché la vita non è solo ordine ed equilibrio, la vita è anche lottare per la propria vita e quando uno lotta, magari si sporca, urla, piange, è umano. Viviamo in un tempo che ci ha abituati a pensare l'esistenza in maniera di ascesa verso forme sempre più perfette di vita, anche nelle nostre famiglie è così. Se qualcosa non funziona: o è malattia, danno, indigenza, qualche cosa che va cambiato, in fretta, sostituito con determinazione, per recuperare l'equilibrio ideale. La vita ideale si salva solamente vivendo quella reale. Questo è il nostro insegnamento e anche il nostro augurio.

VII.6 L'ascolto del bambino *Gaetano Mollo*

Ogni bambino ha bisogno dei suoi spazi e dei suoi tempi. Cerchiamo di offrir loro meno fantasia preconfezionata e giochi predisposti, ma più relazioni di vita e tante situazioni d'osservazione e di contemplazione. Un bambino nel porre domande è come un piccolo filosofo e molto dipende da come tali domande sono suscitate, accolte ed apprezzate. È su tali domande che può e deve istituirsi la via della comprensione, quella che permette ad un bambino d'entrare in contatto col mondo dei significati. Tutto l'apprendimento s'istituisce e si edifica sull'energia del domandare, da cui il saper porre quesiti, il cercare di risolvere problemi, in sintesi l'affrontare la vita intelligentemente, ossia cercando d'impostare e risolvere adeguatamente problemi e situazioni, riuscendo a riflettere, analizzare, prospettare e scegliere adeguatamente e consapevolmente.

L'arte del vivere s'inizia ad apprendere per questo nell'infanzia, ivi comprese le capacità del progettare, impegnarsi ed adattarsi. Da qui, appunto, la forza propulsiva del meravigliarsi infantile.

Il rapporto con la natura, la relazione con l'ambiente e con le persone rappresentano in tal senso la base per un'educazione alla speranza ed al futuro. Aiutiamo un bambino ad avere opportunità per riuscire a decentrarsi consapevolmente di fronte ad una persona o rispetto ad un piccolo animale, mosso da interessamento, tenerezza o da compassione. Questa potenzialità di decentramento è l'inizio dell'amplificazione della coscienza. Ad ogni genitore il compito che tale decentramento possa farsi comprensione, rispetto, dono, cura ed amore.

Tutte le virtù etico-sociali trovano in tale atteggiamento infantile la loro condizione, tale che facilitare ed incoraggiare queste doti dell'infanzia rappresenti il predisporre la loro umanità alla comprensione, alla partecipazione ed alla condivisione. Quello di cui ci si deve rendere conto è che un bambino non è di fronte a cose, ma a valori. Per questo riesce ad immaginare e può entrare in contatto col mondo del possibile. In tale prospettiva la narrazione e l'invenzione dei racconti fiabeschi rappresentano una modalità privilegiata per scoprire la sua identità d'essere umano, attraverso un contatto e una relazione con un mondo che gli permetta di relazionarsi diversamente alla realtà dell'esistenza,

tramite la varietà e multiformità dei processi d' immedesimazione e d' immaginazione. Un genitore deve esser consapevole che l'infanzia è l'epoca del predisporre alla libertà, nella sua accezione massima, che è quella di scegliere creativamente la modalità della propria esistenza di fronte alla vita ed al suo senso. Tale predisporre si configura con le primissime esperienze, nel venire a contatto con i sorrisi e con gli abbracci del mondo, veicolati da chi ci fa da madre e da padre, dalla relazione con chi ci fa conoscere compagnia ed amicizia, dall'immaginazione di situazioni e dall'attesa e partecipazione ad eventi, abituandosi a seguire diversi copioni e ad assumere vari ruoli, nonché nel seguire alcune regole. È per questo che si apprende a conoscere i bambini osservandoli giocare, perché in tal modo si possono osservare i loro moti d'istinto ed il loro modo di porsi e relazionarsi. È in tale spontaneità espressiva e comunicativa che deve e può inserirsi un genitore, per aiutare il suo bambino ad affinare le proprie modalità espressive e comunicative ed a modificare alcuni aspetti inadeguati. È per questo che il fallimento della fiducia di fondo e della mutualità fra adulto e bambino è il fallimento più grave, perché tali atteggiamenti sono alla base di quella virtù della speranza, che è fonte ed alimento d'ogni crescita. Un bambino acquista capacità, conoscenza e valori da quelle persone con cui si è costituita una "diade primaria", ossia una relazione bidirezionale, dove i pensieri dell'uno sono nei pensieri dell'altro, tale da influenzarsi reciprocamente anche in assenza della persona significativa. Un bambino, fondamentale, ha bisogno di comprendere e di confrontarsi, per liberare la sua immaginazione e per allargare il raggio della sua percezione. Da qui il valore del raccontar storie, contare gli oggetti, disegnare, cantare, giocare in tanti modi e in diverse situazioni, anche perché è tramite tali pluralità d'attività che si può sviluppare una molteplicità d'intelligenze, partendo da quel "passaggio cruciale", consistente nella capacità d'andare oltre il pensare direttamente il mondo dell'esperienza, diventando capaci d'immaginare. Spetta al genitore incoraggiare il più possibile l'iniziativa e l'inventività, riprendendo ed indicando, senza umiliare od esaltare.

I comportamenti sociali dipendono in gran parte dalla capacità di rispettare regole e dal saper prendere iniziative. Conquistare autonomia significa, per questo, poter essere felici, perché la felicità viene dal saper condividere e collaborare; ciò diventa impossibile, se si diventa

insicuri, se non si coltiva la capacità d'iniziativa e se si ha paura del mondo circostante. Un bambino troppo dipendente ed insicuro è come una bella automobile, ma con poca benzina. Il carburante si chiama amore, apertura, adattabilità: le tre condizioni per diventare autonomi. Un bambino troppo protetto e vezzeggiato è come un vestito troppo delicato, col quale non si può correre e muoversi liberamente, impedendo espressività e disinvoltura. Un bambino troppo assecondato è come una strada dritta, che non cambia mai direzione, facendo perdere il piacere della scoperta e lo stupore d'improvvisi paesaggi e nuovi orizzonti. Anche in contesti in cui la famiglia è in difficoltà, il bambino deve avere un suo ruolo nel promuovere il superamento della crisi, *spesso la salvezza arriva dal più piccolo dei nostri fratelli.*

VII.7 Il rapporto di coppia *Paola Bianchini*

Lo odio, abbiamo litigato un'altra volta. Avevo detto che dovevamo smetterla di tormentare Cristiano con il problema del cibo, gli incontri per i genitori ci avevano preparati ad affrontare il problema da un altro punto di vista. Invece, appena apparecchiato si è messo a discutere con il figlio per il mezzo cucchiaino di olio se pieno o raso. Non lo sopporto più, è sempre dalla parte dove non ci sono io, non lo capisco e lo vivo come nemico. Penso che se si allontanasse da Cristiano sarebbe meglio, poi mi dico che non posso togliere il padre a mio figlio e poi...non capisco più che fine abbia fatto il nostro rapporto di coppia. Niente più amici, niente uscite fuori, niente vacanze, un'atmosfera da lutto, ogni pasto una trincea che ci vede schierati in fronti differenti. In tanto dolore stò perdendo anche il mio matrimonio, questo schifo di malattia farà un'altra vittima e sarà la nostra coppia.

Non gli perdono di screditarmi davanti a mio figlio, è mai possibile che non abbia mai ragione, le ragioni sono sempre le sue, bè così lo era anche prima, cioè prima della malattia di Cristiano, solo che non eravamo d'accordo sulle vacanze o sull'arredamento o altre cose stupide, ora sento che del nostro accordo ne va la nostra vita, la nostra e quella di nostro figlio. Una parola d'incoraggiamento, grazie ancora per quello che fate.

È sempre difficile esistere in due, nelle difficoltà lo è ancora di più; tuttavia se ci riusciamo, quella unione sarà ancora più vera, più solida, avrà superato una prova importante. Certo la prima soluzione, quando qualche cosa non va, è di scioglierci dall'abbraccio pensando che da soli recupereremo forza. Da soli non si è più forti e rimane una rinuncia estromettere da una battaglia importante, come il percorso terapeutico di un figlio, il proprio marito, il proprio compagno. Ci si deve mantenere uniti, una patologia così vischiosa come quella alimentare rischia di compromettere gli equilibri profondi della famiglia ; ciò che attacca è il cibo, un elemento fondamentale nella vita familiare e si incontrano genitori che dopo anni di calvario hanno preso le ossessioni del proprio figlio. Non mangiano più a tavola, mangiano fuori, tengono il cibo sotto il letto o mettono le catene al frigorifero, tarano le bilance in maniera favorevole all'aumento calorico, chiudono i bagni o li presidiano. Insomma, fanno quello che possono, per difendere e difendersi da quel nemico invisibile che abita nella testa dei loro figli. Il punto è che non si arriva alla guarigione intraprendendo una vita ossessionata dal cibo, come i propri figli, la prima cosa da fare è prendere le distanze, guardare la cosa da un po' più lontano, che non significa non interessarsi, ma recuperare lucidità e voglia di vita. Abbiamo sempre detto che la vita si cura con la vita, quindi con l'accettazione della complessità dell'esistenza, una famiglia che "entra a lutto" per il problema del proprio figlio, manda il messaggio che non si è pronti ad accettare il dolore, che il dolore è qualche cosa da fuggire in ogni modo e con qualsiasi mezzo; non sottovalutando il fatto che così facendo si rafforza il senso di colpa dei pazienti che già di per sé è cosmico. Per questo, è importante far rientrare la vita, quella positiva, fatta di solidarietà, amicizie, pasti in comune, anche se sarà difficile, anche se ci saranno scenate da sopportare, pianti e tragedie. Uno dei consigli che vi abbiamo sempre dato è di non perpetuare le crisi fino alle estreme conseguenze, questi pazienti quando sono in crisi, resterebbero a parlare ad ossessionarsi (ed ossessionare) sul loro problema per ore, senza sentire alcuna stanchezza; mai arrivare a questo punto. La crisi si sostiene, si delimita e si argina, mai più di un ora, abbiamo incontrato famiglie che vivevano crisi per tutta la notte e al mattino si rifugiavano o barricavano nella propria camera per giorni interi.

Non dovete permettere che si facciano, nè che vi facciano così male, per questo è importante restare uniti, mandando un segnale univoco. Se siete in disaccordo, mai davanti al figlio, prendete una macchina ed andate ad urlare lontano, ma lui deve vedere un unico segnale, ha bisogno di stabilità e certezze. Ricominciate a vivere, uscite, invitate amici, viaggiate, dei genitori convinti che la vita sia sempre degna di essere vissuta riescono ad ottenere il ritorno alla vita del proprio figlio. Non potete convincerli di qualche cosa di cui non siete intimamente ed autenticamente convinti; il rapporto con la verità della propria esistenza non si raggiunge senza pagarne un prezzo alto. Non sentitevi vittime nè eroi: siete uomini, e combattere per la propria esistenza è il compito che rende ogni vita degna di questo nome.



CAPITOLO VIII

LA RELAZIONE CON L'ALTRO

VIII.1 Le parole che curano *Nadia Margaritelli*

Così come le parole possono far ammalare, le parole possono far guarire, particolarmente nel rapporto con gli adolescenti l'uso poetico e letterario rappresenta una modalità per ricostruire il proprio mondo interiore e le proprie biografie. Le poesie sono un patrimonio inestimabile, ineguagliabile per l'animo umano, hanno un valore altissimo e a volte sono la chiave del nostro cuore, se solo lo ascoltassimo.

Il gruppo poesia nasce dall'idea di alcuni pazienti all'interno del centro Palazzo Francisci che più volte avevano proposto uno spazio dedicato alla scrittura.

Come infermiera coordinatrice del Centro, svolgo un ruolo organizzativo-relazionale, ma ho accettato questo impegno nella conduzione di gruppo perchè avevo già fatto esperienze analoghe ed avevo un particolare interesse per la poesia.

Poco a poco, è diventato il momento più coinvolgente, più gratificante e significativo del mio lavoro con un ruolo di intervistatrice, di ascoltatrice, di osservatrice ma sempre nelle regole:

- del rispetto;
- dell'ascolto;
- della sospensione del giudizio.

Ogni qualvolta instauri un rapporto di fiducia con i ragazzi essi si fidano e ti ascoltano e ti chiedono di ascoltarli. Durante uno di questi gruppi, Martina, ragazza di 20 anni "chiusa" in un angolo della stanza, d'improvviso attraversa la stanza si avvicina ad una compagna che stava piangendo durante la lettura di una poesia l'abbraccia e le dice: "non aver paura, ora ci sono io...".

I ragazzi spesso raccontano che una delle loro priorità è l'ascolto da parte della famiglia e della scuola, tuttavia questo spesso manca perchè gli adulti sono sempre più indaffarati, sempre più intenti a cercare qual-

cosa che manca, qualcosa in più da dare. Ma sono i nostri figli che ci chiedono attenzione, la nostra presenza in cambio di qualche cosa in meno. Nel tempo, dopo due anni, abbiamo una bellissima raccolta di poesie di vari autori famosi, sconosciuti, anonimi e perfino di alcune scritte dai pazienti stessi.

La poesia è così diventata un valido strumento di comunicazione per i pazienti e per il nostro gruppo di lavoro.

A voi genitori, ne propongo alcune tra quelle più amate dai vostri ragazzi:

Quando ti chiedo di ascoltarmi

Quando ti chiedo di ascoltarmi e tu cominci a darmi consigli non fai
ciò che ti chiedo.

Quando ti chiedo di ascoltarmi e tu cominci a dirmi perché non
dovrei sentirmi in quel modo, calpesti le mie sensazioni,

Quando ti chiedo di ascoltarmi e tu pensi di dover fare qualcosa per
risolvere i miei problemi, mi deludi, sebbene ciò possa
sembrarti strano.

Forse per questo la preghiera funziona per molti.

Perché Dio è muto, non dà consigli, né prova ad aggiustare le cose.

Semplicemente confida che tu cela faccia da solo.

Quindi, ti prego, ascolta e sentimi.

E se desideri parlare, aspetta qualche istante il tuo turno e ti prometto
che ti ascolterò

(Anonimo)

Giulia, 18 anni scrive:

Quando mi chiedevi di parlarti, non era perché pensavi di poter fare qualcosa, di poter risolvere, con le tue forze, quel che dovevo risolvere con le mie.

Quando mi chiedevi di parlarti non cercavi di scovare i miei errori per mettermi in guardia, la mia forza per incoraggiarmi, le mie qualità per rassicurarmi.

Quando mi chiedevi di parlarti non chiedevi di essere partecipe dei miei dolori, se io non volevo.

Mi chiedevi di dire quello che sentivo solo perché non mi mangiasse dentro.

Perché non diventasse come spesso è successo, un cancro che si nutre di sé stesso.

Quando mi chiederai di nuovo di parlarti,
se mi prometterai davvero di ascoltare e non giudicare,
di ascoltare e aspettare che io chieda, soltanto se voglio, il tuo consiglio,
ti prometto che lascerò che tu mi ascolti.

Le parole di Antonella:

Ricomparire.

Al cospetto delle emozioni
per rendere omaggio ai nostri corpi
alla nostra voce
alla nostra anima errante
che finalmente ha trovato un luogo.

Il silenzio, quel lungo silenzio
si è spento e si alza un canto
e i corpi ora danzano
con le parole forti
del coraggio che è nostro.

Le emozioni vincono
la paura d'essere
e tornano vibranti e potenti
a nutrire la nostra anima.

Il ritorno a casa

Uscita dalla Casa
ho ritrovato tutta la fatica
tutto il caos
tutti i dubbi e le incertezze
la paura di scegliere
e quella di amare.
Solo che io ero cambiata.
La Casa mi aveva restituito l'anima.
La incontrai una notte,
l'ultima passata nella mia stanza.
C'era quiete quella notte.
C'era pace e silenzio.
Ed io sono rimasta,
con la testa fra le mani
ad ascoltare.
Arrivò sulle note di una musica dolce.
Un involucro sottile e leggero mi avvolgeva.
Una pellicola morbida conteneva il fluire lento delle emozioni
e univa d'incanto tutti i frammenti ritrovati in questi tre mesi.
Ero in uno stato di grazia commovente.
Non avevo bisogno di niente. Non mi serviva niente.
Ero intera. Figlia e Madre.
Così, leggera, mi unii alla notte
e attraversando i muri delle stanze
andai a baciare la fronte
delle mie compagne di viaggio,
piena di gratitudine.

Antonella

VIII.2 L'accoglienza *Mariella Venturi*

Quando mi hanno consegnato l'incarico di scrivere la mia esperienza di lavoro, su questa guida per familiari, amici, insegnanti e pazienti con DCA, la prima cosa che ho pensato è stata quella di non esserne all'altezza per il fatto che scrivere certe emozioni che si sono provate nella vita, non sempre risulta facile; poi ho capito che dovevo farlo se non altro per una storia, che sa un pò anche di destinazione, che mi lega a Palazzo Francisci.

La mia è la storia di una persona ormai matura che dopo 25 anni di lavoro con i bambini si è trovata ad intraprendere un lavoro completamente diverso, ma sotto certi aspetti molto simile. Se mi fermo un attimo a riflettere mi sembra quasi assurdo: 30 anni fa frequentavo a Roma il corso per Vigilatrici d'Infanzia presso un istituto dell' OMNI dove c'erano bambini abbandonati (figli di prostitute, carcerati e stranieri). Appena diplomata ho lavorato per 2 anni presso l'Università Cattolica "Policlinico A. Gemelli", nel reparto di Oncologia Pediatrica.

Sono tornata poi a Todi (mio paese d'origine) dove ho lavorato come Caposala presso il Reparto di Pediatria. Ho dedicato quindi una parte della mia vita ai bambini che ho amato e amo ancora moltissimo. Poi quando nel 2000 a Todi venne sottratto il Punto Nascita, abbiamo cominciato ad avere un minor flusso di bambini e intanto nella nostra pur piccola città cominciava ad affiorare una nuova patologia adolescenziale: quella dei D.C.A.

Pur trattandosi di una richiesta di bisogno rivolto principalmente a ragazze, ma non sono mancati i ragazzi, abbiamo preso coscienza che dovevamo cambiare completamente il nostro modo di lavorare. Una delle cose che rende speciale il Centro Palazzo Francisci, è la particolarità della struttura, che ha l'aspetto di una grande casa. Quello che mi meraviglia sempre infatti, quando usciamo con le ragazze, è che al momento di rientrare loro dicano: "rientriamo a casa".

Quello che mi premeva evidenziare in questa introduzione è che mi sono resa conto che ho iniziato con dei bambini abbandonati, che avevano bisogno di tante cose ma soprattutto di affetto; oggi a distanza di 30 anni forse, e sottolineo forse, perché non è ancora chiaro il meccanismo che fa scattare questa malattia, anche questi giovani, che oggi sembra abbia-

no tutto, in qualche modo hanno soprattutto bisogno d'amore e di essere compresi. Come possono essere vicine cose apparentemente così distanti. A questo punto devo confidare un altro piccolo segreto: oltre ad essere Caposala sono una persona impegnata nel sociale, sono catechista ed ho avuto sempre a cuore le problematiche dei giovani. Ho molta fiducia in loro. Per me i giovani sono un'ancora di salvezza; solo loro possono trascinare il mondo in un nuovo rinascimento. Dovete sapere che poco tempo dopo l'apertura della Residenza, arrivava a Todi un nuovo Vescovo, Mons. Giovanni Scanavino, agostiniano, il quale ci ha subito onorato con una sua visita. La nostra Responsabile, vista la disponibilità e la premura da lui dimostrata nei confronti di questa malattia, ha espresso il desiderio di una sua collaborazione. "Queste ragazze Eccellenza – vivono una confusione interiore, sono invase da un pensiero ossessivo che toglie loro la gioia di vivere".

Devo dire che il Vescovo ha recepito perfettamente quali potevano essere i nostri bisogni ed ha individuato subito la persona più adatta per far fronte a questo problema: il Vicario Don Carlo Franzoni; così ogni giovedì pomeriggio Don Carlo ed io teniamo un incontro con le ragazze, per trasmettere a loro un messaggio di speranza: quello di non fermarsi solo al corpo ma guardare la profondità dell'anima.

In questi incontri si parla di tutto, Don Carlo entra nei loro cuori in punta di piedi, con molta discrezione e delicatezza, cercando di accoglierle come un tesoro da custodire; ognuna per la loro particolarità. Si parla di "frattura tra generazioni" che certamente esiste e pesa, ma che è l'effetto, piuttosto che la causa, della mancata trasmissione di certezze e di valori.

Se allora educare non è mai stato facile oggi sembra diventare sempre più difficile; lo sanno bene i genitori e gli insegnanti. Anche il futuro appare scoraggiante sotto il profilo delle opportunità sociali ed economiche; gli stessi punti di riferimento sono cambiati: la religione e la politica infatti, sembrano contare sempre meno per i giovani. I nostri ragazzi oggi sembrano essere divorati dalla complessità del mondo moderno. La televisione, i mass media, con nuove tecnologie, il cui simbolo è, non a caso, il cellulare esibito, utilizzato da giovanissimi. Un'altra grossa sfida della modernità è quella dell'efficienza. Fin da bambini si è continuamente sollecitati ad avere successo, a riuscire a

qualunque costo. Non è ammessa nessuna *defaillance*, prestazioni fisiche, lavorative, intellettuali devono essere sempre al top; e se ciò non si dovesse verificare, ci si sente degli emarginati e degli esclusi. L'ansia da *performance* porta a ricercare per ogni problema il rimedio meno laborioso e più comodo. Va di moda trovare la scorciatoia ogni qualvolta s'intravede un percorso lungo e difficile: un atleta non riesce a dare il massimo? Ecco la sostanza dopante per un perfetto rendimento. Una ragazza non risponde al cliché della top model?. Con la chirurgia può togliere ogni difetto, come aumentare o diminuire il seno e così via.

Non ci sono più vecchi né giovani, in questo ballo in maschera della società del benessere abbiamo perso di vista chi siamo. Pensate allora ai danni che tutto ciò può provocare su una personalità fragile, non strutturata, in divenire, come l'adolescente.

Oggi la famiglia è sotto accusa. È vero sono aumentate le separazioni, i divorzi, le difficoltà ci sono; le comunità familiari vivono al loro interno tante difficoltà e conflittualità; ma questo tenace metterle sotto accusa, ha tolto alla famiglia la speranza.

Così le famiglie ammutoliscono, non sanno più dire, sussurrare, gridare i motivi per cui continuare a lottare. Alla responsabilità familiare è stata tolta l'autorità verso il futuro e verso le nuove generazioni. Inutile cercare il colpevole.

Per tornare a noi, non sappiamo se con questi incontri apporteremo dei cambiamenti in questi ragazzi; noi lo facciamo con tutto l'amore e l'impegno di cui siamo capaci. A volte i miracoli avvengono. Una giovane paziente prima di partire così ci ha scritto: *“Il mondo non è fatto di buoni samaritani o di Sante Madri Teresa di Calcutta come voi e tanto meno di Principi Azzurri. La realtà è che devi contare su te stessa, convincerti che hai già tutto dentro di te e non devi fare altro che imparare a considerarlo, ad apprezzarlo e soprattutto ad ascoltarlo. Smettiamola di trattarci male, di avere paura di provare dei sentimenti, di vergognarci per quello che siamo, cominciamo a donarci qualcosa, a rivolgerci con rispetto verso noi stesse, siamo più dolci cercando di non dimenticare anche di coccolarci e soprattutto impariamo a perdonarci. Parte tutto da lì, perché perdonare vuol dire accettare, capire, tollerare, rispettare; perché perdonare è amare. Ma questo voi ce lo*

avete insegnato". Concludo con uno discorso di Papa Benedetto XVI° ai giovani: *"La Chiesa vi saluta come speranza per il mondo!"*. Il Papa scherza con loro: *"Se agli anziani dico che possono anche cadere ma è la fede che li sostiene, a voi dico di non pensare alla giovinezza come ad una forma di maquillage: non è l'aspetto che conta! La giovinezza quella vera, non è una questione di anni, di vigore fisico, di forma smagliante, dell'apparire, dell'efficienza. Essere giovani significa aver scoperto le cose che non passano col passare veloce degli anni. Se un giovane scopre i valori veri e grandi, allora non invecchia mai. Resta giovane sempre nel cuore e irradia giovinezza cioè bontà, perché la bontà sfugge alla presa del tempo.*

Quel tempo che molti vogliono arrestare proprio per paura del futuro, di un futuro vuoto. Vi auguro di esser giovani non alla moda; le mode si bruciano in un baleno, in una rincorsa frenetica e stordita, la giovinezza invece, quella della bontà, resta per sempre!"

Ai ragazzi dico: ognuno deve arrivare ad essere consapevole delle motivazioni e delle vicissitudini per le quali la propria anima è entrata in crisi. Il lavoro da fare è riaprire quello scrigno tenendolo ben presente un grande insegnamento di Gesù: "Ama il prossimo tuo come te stesso". Gesù ci sprona a fare la cosa più difficile, amare e quindi rispettare il nostro prossimo come noi stessi. Quindi il primo prossimo da incontrare siamo noi stessi ed è il più difficile con il quale avere a che fare.

Ai genitori, fratelli, insegnanti, amici, fidanzati, mariti, che crediate o no, vi invito a leggere una delle più belle lettere di S. Paolo: la prima lettera ai Corinzi: "Queste dunque le tre cose che rimangono: la fede, la speranza e la carità; ma di tutte più grande è la carità".

La carità che intende S. Paolo non è certo quella che facciamo sui sagrati della Chiesa ma il dono più eccellente in assoluto: l'amore e il rispetto verso se stessi e verso il prossimo. Insieme dandoci la mano, ce la possiamo fare.

VIII.3 Il corpo che cambia:

gli incontri con la ginecologa *Dalia Scorsipa*

*Non deviare dalla natura ed il formarci sulle sue leggi e sui
suoi esempi, è sapienza.*

Seneca

Il corpo che abbiamo è frutto di un incontro: da un lato il corpo biologico cioè il corpo naturalmente dato, dall'altro il corpo culturalmente significato. Ad ogni periodo di crescita o crisi corrisponde un corpo differente. In tal senso è decisivo ascoltare ed accompagnare questi cambiamenti, in questa direzione vanno gli incontri con le pazienti della Residenza Palazzo Francisci.

Per l'anno 2007 ho annotato in una sorta di diario gli interventi con le ragazze di Palazzo Francisci.

Questi incontri si concentrano soprattutto nel cercare di riflettere su come avviene il disorientamento nei confronti della percezione di sé come corpo e a recuperare una nuova fiducia nella sua conoscenza. Partendo dai cambiamenti vissuti dal corpo femminile durante lo sviluppo adolescenziale, si mette in evidenza non soltanto il processo naturale, ma si riflette sugli investimenti della natura.

I miei interventi si sono concentrati sulla salute riproduttiva del corpo e conseguentemente molte ragazze hanno chiesto di potere fare una visita ginecologica, il pap test ed altri accertamenti ginecologici.

Mercoledì, Marzo 2007

Era una bella mattina di Marzo si stava bene rispetto alle giornate precedenti piovose e grigie.

Era la prima volta che entravo in questo edificio.

Ho suonato ad un portone di un palazzo signorile, Palazzo Francisci, con intorno un giardino rigoglioso.

Sono salita per una larga rampa di scale, quasi a sottolineare il grande valore di ciò che avrei trovato in cima. Stupore e tenerezza le sensazioni che ho avuto nello scoprire quel corridoio dove si affacciavano piccole porte, con ognuna impresso il nome di una donna, figure di fiori e piccoli animali; questa scena mi ha ricordato l'asilo nido dei miei figli quando dormivano nel lettino con il loro nome e lo scoiattolo o l'orsacchiotto dipinti sulla testata. Dopo le presentazioni ho spiegato quale fosse il mio mandato in quel contesto e che il lavoro di un ginecologo del consultorio non è solo specialistico, ma si muove soprattutto sui fronti che promuovono la salute e quindi in luoghi diversi rispetto all'ambulatorio (scuole, cooperative giovanili, Corsi di preparazione al parto e alla nascita, carcere, etc...).

Parlando degli interventi di educazione sessuale che tengo nelle scuole ho evidenziato l'importanza che hanno sul comportamento della persona, gli stereotipi di genere che spesso condannano l'uomo e la donna a rinnegare se stessi e i propri valori pur di soddisfare in pieno lo stereotipo "scelto" dalla comunità, per poi essere così accettati dal gruppo, provocando una continua ridefinizione della percezione di sé e dell'orientamento somatico.

Nel gruppo tutti si sono attivati con domande più o meno inerenti all'argomento. Alcune hanno preso appunti in maniera così frenetica, che mi sono sentita in imbarazzo come investita di una grande responsabilità verso la loro vita.

L'intervento così impostato ha fatto scaturire una marea di domande:
Perché c'è l'amenorrea?

Perché scompare la voglia di fare l'amore?

Ma la mestruazione ritorna dopo che una ha ripreso il proprio peso corporeo?

Sciolta l'assemblea un ragazzo si è avvicinato chiedendomi se la masturbazione faceva male e quali erano i segnali che il corpo dà nella risposta sessuale quando si sta bene, se è normale avere l'erezione quando ti svegli la mattina.

Le domande seguivano il corso delle loro giovani vite, anche se, la vita, avevano tentato di tenerla fuori da loro.

4 Aprile 2007

Riprendo il discorso lasciato in sospeso nell'altro incontro sull'amenorrea. Questa volta approfondisco il concetto fisiologico della mestruazione illustro tutto il ciclo come e perchè avviene a che età normalmente inizia e quale influenza hanno gli ormoni gonadici sul corpo femminile, il rapporto tra apporto alimentare e fisiologia del ciclo. Gli investimenti biologici energetici che il "corpo" fa per la procreazione e le garanzie che deve ottenere per avviare una normale vita riproduttiva. Conduco l'intervento soffermandomi sui segnali che il corpo manda durante il ciclo femminile quello che succede prima e dopo la metà del ciclo spiegando tanti perché. Tutto ha un perchè nella natura. Una ragazza mi domanda: "quando riprende il ciclo mestruale dopo una lunga amenorrea?", e molte di loro cercano di dare spiegazione ai segnali che il loro corpo manda in questo periodo di "riabilitazione" e si chiedono se quei segnali sono indice di ripresa della normalità. "Da quando sto qui ho dolori al basso ventre come se dovessi avere le mestruazioni ma non arrivano: perché se sto meglio non tornano?". Spiego che il raggiungimento del "normale" peso corporeo non sempre implica subito l'arrivo delle mestruazioni ancora il corpo vuole avere garanzie più sostanziose e soprattutto la stabilità dell'orientamento somatico deve avere tempo per ridefinire il codice di "normalità".

Si parla del parto, del dolore del parto, della lettura che ogni persona ha del dolore, lettura che può essere influenzata dalle proprie esperienze precedenti, dalle esperienze raccontate da altri dalle aspettative. Una più giovane decide che si fa fare il cesareo quando succederà, ma un'altra che ha avuto bambini interviene dicendo che il dolore del parto è un dolore particolare è un "non dolore" perché è il segnale che dice che il corpo fa il suo dovere: quello di portare alla luce il bimbo.

"Una ragazza mi chiede" è vero che il latte non c'è sempre?.

La mamma mi ha detto che le ho fatto venire le ragadi perché non succhiavo".

Rispondo che non è mai colpa di nessuno nell'allattamento, spiego poi il meccanismo della lattazione: più il bimbo succhia e più latte si forma, ma nel gioco della suzione intervengono più fattori che possono ostacolare una normale lattazione: spesso può accadere che la

mamma non ha avuto il sostegno, i consigli di altre persone più competenti che possono essere passate in precedenza per questa esperienza come succedeva negli anni 50 ed ancora prima, quando le nonne o altre donne più grandi aiutavano elargendo consigli per le puerpere alla loro prima esperienza. Si parla di fecondazione: una donna quarantenne mi fa una domanda bizzarra “può un ovulo fecondare un altro ovulo?” di nuovo la sensazione di tenerezza mi si ripresenta mi sembra la domanda di una adolescente che sta lavorando sulla ricerca della sua identità sessuale. Anche questo incontro è ricco di paure ed ansie ma anche pieno di ricordi di vita vissuta, vita paralizzata da questa strana malattia. È un incontro che ha cercato di riportare alla luce le bellezze del nostro corpo non solo inteso come soma, ma come corpo che sente, e a recuperare una nuova fiducia della conoscenza di se stessi.

09 Agosto2007

Ci sono parecchie ragazze nuove, molto giovani. Dobbiamo fare un lavoro certosino, parliamo della mestruazione, la sua fisiologia, ma soprattutto del menarca. Tutto ciò che accompagna l'insorgere dell'età fertile, ciò che comporta per il corpo di una adolescente: le trasformazioni che, precedono e seguono il menarca e i comportamenti sociali assunti dalla bambina influenzata da questi cambiamenti. Scopriamo che una buona parte delle presenti non ha avuto ancora la prima mestruazione; così insieme alle altre che invece hanno avuto un periodo, anche se breve di questa esperienza, riflettiamo su cosa si guadagna e cosa si perde, in termini di sviluppo armonico fisico e mentale, quando arriva il “momento”. Riflettiamo su come e quanto l'ambiente può influenzare tale sviluppo sia in senso buono che cattivo.

Una ragazza è arrivata dall'ospedale, ha in mano un bicchiere di plastica e ne sorseggia con lenti movimenti, il contenuto mentre mi fa domande sul suo destino di donna. “Ma mi verranno mai le mestruazioni?”. Un medico dell'ospedale mi ha risposto – “Ma ti sei vista? se continui così!” Effettivamente la ragazza ha un aspetto veramente allarmante, ma penso che la risposta del mio collega sia stata un po' troppo drastica, soprattutto pericolosa, perché la ragazza può reagire con un sentimento di resa alla sua situazione così grave e lasciarsi andare

“Tanto a cosa serve?”. Non so se ho fatto bene, ma le ho detto che avrebbe dovuto rispondere così: “Se mi fossi vista bene non sarei qui, sto cercando di aguzzare la vista, mi servono lenti”. Mi rendo conto che le domande che fanno, sono tutte proiettate su come sarà il loro futuro, hanno bisogno di certezze, non si lasciano mai andare, hanno impostato la loro vita su un unico obiettivo: il corpo da allontanare ed ora devono trovare garanzie su altro obiettivo, che hanno scoperto durante il percorso residenziale: il corpo da ritrovare con tutti i suoi pregi e difetti. La garanzia per il ritrovamento è la mestruazione, tappa importante per il corpo femminile.

Un'altra ragazza ha fatto presente però: “visto che non ho mai avuto le mestruazioni, non ho mai sentito la loro mancanza”. Invito le ragazze a riflettere sulla prima volta che sono arrivate le mestruazioni, ricordare le loro reazioni e quelle dei familiari, se hanno coinvolto le altre donne della famiglia o se sono rimaste sole a spiegarsi l'evento.

Ma cosa succede nell'adolescenza maschile?. L'adolescenza maschile è quel periodo di vita, sempre più difficilmente definibile, in cui il giovane uomo cerca la propria identità, mentre è semplice stabilire l'età d'inizio, anche per le modificazioni fisiche che si attuano, come la voce che cambia, la barba che spunta ecc, non esiste un'età precisa che sancisca la fine dell'adolescenza. Anche qui si fanno prepotenti le modificazioni subite dal corpo ed anche qui avvengono comportamenti che si modificano in maniera ancora più subdola. È difficile seguire i figli maschi nella fascia di età dai 14 ai 18 circa, età notoriamente critica, in quanto la manifestazione dello sviluppo maschile è meno evidente di quello femminile e i ragazzi, anche perché più riservati in merito ai propri problemi, rischiano, a volte, di essere trascurati durante la fase della crescita. L'adolescenza è un'età di conflitti perché i ragazzi hanno il desiderio di essere autonomi, mentre in realtà non sono pronti per spiccare il volo avendo ancora bisogno del sostegno dei genitori. Uno dei problemi lamentato da molti genitori, è l'incomunicabilità e la difficoltà di instaurare un dialogo, e spesso i tentativi fatti da parte dei genitori non approdano a nulla. Infatti il maschio adolescente è come un paguro, si rifugia nel suo mondo che può essere rappresentato dalla sua camera, dalle sue amicizie o dalla sua musica, se ha qualche problema si chiude e non si fa raggiungere.

È difficile cercare di contattarlo, apprezza da chi gli sta accanto una discreta presenza piuttosto che una rumorosa ingerenza. All'interno della famiglia si dovrebbe cercare di fornire strumenti quanto più possibilmente corretti ed evoluti. Un importante sostegno che dovrebbe dare il padre al figlio, è anche quello di accompagnarlo a fare una visita specialistica da un andrologo; visita indispensabile per un adolescente. Non c'è abbastanza informazione sull'importanza che può avere per un adolescente una visita dall'andrologo per un controllo sia fisico che sessuale. Questa visita, servirà al ragazzo a chiarire eventuali dubbi che potrebbe avere in merito alla propria sessualità nascente, dubbi che raramente trovano risposte chiare ed esaurienti in famiglia o dagli amici.

Durante l'anoressia all'amenorrea femminile, nel maschio corrisponde la mancanza di potenza e di interesse sessuale. Il criterio diagnostico dell'amenorrea, che nelle donne rappresenta un forte indicatore di uno stato di malnutrizione prolungato, non può per ovvie ragioni essere utilizzato nei maschi; ma non esiste allo stato attuale alcun valido parametro comparativo per il sesso maschile. Ricerche recenti hanno supportato l'ipotesi di indagare aspetti quali la perdita di interesse sessuale, episodi di impotenza e abbassamento dei livelli di testosterone. Ma se non c'è nessuno, riguardo a questo aspetto, che cerca di raccogliere le confessioni del giovane uomo la diagnosi può essere fatta molto tardivamente rispetto alle donne ed il giovane arriva così ai servizi con un'alta percentuale di alterazioni fisiche.

Tale fatto è il risultato di un ritardo nella ricerca di attenzioni mediche da parte dei pazienti e del riconoscimento della gravità della patologia da parte dei curanti. Un maschio affetto da anoressia può posticipare la richiesta di cure a causa della vergogna associata alla convinzione e al retaggio culturale di avere una malattia "femminile".

Questo accade anche tra i parenti. Quest'ultima motivazione può essere all'origine anche della scarsa attenzione che gli stessi curanti prestano alla sintomatologia anoressica in soggetti maschi, avendo forse un livello di sospetto più basso, che porta ad una diagnosi di anoressia solo quando il disturbo risulti essere ormai conclamato.

Il risultato di un ritardo nella ricerca di attenzioni mediche da parte dei pazienti e del riconoscimento della gravità della patologia da parte dei

curanti. Per evitare tali ritardi forse bisognerebbe lavorare, come comunità, di più sulla prevenzione, ricordare che tra gli strumenti per prevenire questo tipo disturbi, l'educazione all'affettività sessualità nelle scuole può essere un importante occasione per il giovane, (femmina o maschio) di riflettere sulle capacità e potenzialità del proprio corpo e scoprirne la dimensione sacra che non può essere svenduta, invito nella riflessione anche i ragazzi.

13 Settembre 2007

Oggi proprio non va. Ci sono nuove ragazze ma non è questo che mi ostacola sono sempre riuscita a farmi accogliere ed ascoltare sento le mie parole come se cadessero nel vuoto, l'unica che mi fa qualche domanda e che apre le danze è una ragazza che scopro poi essere in gravidanza, parliamo della dieta in gravidanza.

La ragazza mi chiede di parlare con i medici del centro per rimettere a punto la sua dieta vista la gravidanza. Le rispondo che non esiste una dieta particolare, ci vuole una dieta ricca di tutto. Poi vengo a sapere dagli operatori che ha un padre ginecologo e mi rendo conto sempre di più di quanto incide la qualità delle relazioni familiari nello sviluppo della malattia. La ragazza sa benissimo tutto quello che si deve sapere riguardo alla gravidanza però mi sembra che non riesca a sentirla "sua!". Prima di uscire le operatrici mi chiedono se la dieta che hanno impostato per la "sopravvenuta" gravidanza è giusta o se si devono fare variazioni, se ha bisogno di altro. Mi rendo conto che lo stato di gravidanza in questo contesto viene vissuto quasi come un'ulteriore malattia, quindi da accogliere come un problema in più da risolvere. Risulta difficile considerare questo stato come un segnale di ripresa, della vita che continua, il corpo che nonostante tutto continua a perseguire il suo progetto, segnale positivo e non un problema. Ma se consideriamo che la società di ora tende a medicalizzare tutto (persino una gravidanza fisiologica viene studiata e seguita come fenomeno) e viviamo in un mondo dove "l'utile" ha più valore della persona stessa, possiamo capire l'apprensione degli operatori del centro. Cadiamo tutti nella trappola della società moderna che sta alimentando il concetto che ogni donna incinta è considerata a rischio!

Il meccanismo che regola la straordinaria e fragile funzione ormonale e riproduttiva della donna può essere influenzato da un'infinità di fattori esterni. I più frequenti sono gli eventi stressanti di tipo metabolico, fisico o psicologico. Ovviamente la soglia di percezione dello stress cambia da soggetto a soggetto, ma il circolo vizioso tra schemi comportamentali individuali, ambiente esterno e produzione ormonale con la conseguenza di un'alterazione temporanea o permanente della funzione riproduttiva è identificabile in tante situazioni comuni e quotidiane. Un tipico esempio di stress fisico è quello delle atlete. Mentre sempre più ricerche confermano i benefici dell'esercizio fisico e i media incoraggiano sempre di più le donne ad abbracciare una tale attività, una rigida attività fisica è anche associata ad un tipico set di disturbi per il sesso femminile.

L'apparato riproduttivo femminile è molto sensibile agli stress fisiologici; le anomalie riproduttive come: menarca (prima mestruazione) ritardato, mancanza della mestruazione o scomparsa, o un numero scarso di mestruazioni nell'anno, avvengono in circa il 6-7% delle donne che svolgono regolarmente ed in maniera agonistica tale attività. L'attività sportiva, soprattutto a livello agonistico, richiede una preparazione atletica, un regime alimentare e una competizione tali da agire pesantemente sull'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio (ghiandole che funzionano in tandem per l'espletamento della ovulazione), tanto da alterare la capacità riproduttiva delle donne: sebbene profili ormonali specifici di atlete con irregolarità riproduttive possono variare tra le varie discipline sportive, le anomalie riproduttive associate all'esercizio generalmente originano da una disfunzione a livello ipotalamico.

Il profilo ormonale di donne impegnate in sport che enfatizzano un basso peso corporeo, così come il balletto, ginnastica, pattinaggio artistico e corsa, è caratterizzato da un ipostrogenismo dovuto ad una alterazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio. E si ha una soppressione dei cicli mestruali osservate in queste atlete. Una originale ipotesi per le disfunzioni riproduttive nelle atlete enfatizza il ruolo della composizione corporea e degli effetti dello stress da esercizio. L'ipotesi della composizione corporea suggerisce che il menarca avviene nelle ragazze quando il grasso corporeo è superiore al 17% del peso, e che la funzione mestruale è persa quando il grasso corporeo è inferiore al 22% del peso.

Benché ampiamente accettata, questa ipotesi è basata interamente su correlazioni piuttosto che evidenze sperimentali. Infatti, la composizione corporea non varia significativamente tra le atlete con mestruazioni regolari e quelle con assenza di mestruazione. La soppressione della funzione riproduttiva in donne impegnate in attività fisica che enfatizza la magrezza potrebbe essere un adattamento neuroendocrino al deficit calorico. L'assetto ormonale e riproduttivo delle donne senza mestruazioni impegnate in attività fisica è molto simile a quello di donne affette da disordini dell'alimentazione, come l'anoressia nervosa. La tensione di voler dimagrire a tutti i costi per mantenere un'immagine corporea identificabile con gli stereotipi imposti dalla nostra società associata ad un'importante riduzione dell'indice di massa corporea, e soprattutto della quota di grassi, cioè la quota, delle masse muscolari conduce anche essa ad una alterazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, cioè gli stessi processi che portano inizialmente ad diminuzione del numero delle mestruazioni nell'anno, poi alla loro assenza, fino alla completa perdita della funzione riproduttiva. L'età media delle donne affette da tale patologia varia tra gli 8 e i 35 anni, con picchi tra i 13 e i 14 anni e tra i 17 e i 18.

In un vecchio studio del 1990 è stato dimostrato come una alta percentuale di donne che si sono rivolte ad un centro di fertilità avevano un nascosto disordine dell'alimentazione.

Stewart mostra come circa il 17% delle pazienti avevano un disordine alimentare e l'8% soffrivano di una franca forma di anoressia nervosa, mentre se si considerano solo le donne con problemi senza ovulazione la percentuale di donne affette da disordini dell'alimentazione era del 58%. Una caratteristica di queste donne è che nessuna di esse aveva detto apertamente al centro di fertilità di soffrire di un tale disordine alimentare; spesso infatti tali pazienti cercano di nascondere al ginecologo e possono talvolta sembrare normopeso. Fortunatamente la maggior parte di queste pazienti è riuscita a concepire spontaneamente dopo il conseguimento di un normale comportamento alimentare ed il raggiungimento di un peso normale.

Ecco perché la figura del ginecologo è importante in certi casi: quando la ragazza e/o i parenti realizzano che le mestruazioni non tornano da molto tempo, il medico può diventare il primo ad entrare in contatto con

il problema (disturbi del comportamento alimentare) e dare così inizio al processo di cura. Durante la fase attiva di tale patologia l'infertilità sembra essere quasi una conseguenza ovvia. I mammiferi suddividono la loro energia in 5 principali attività metaboliche: mantenimento cellulare, termoregolazione, locomozione, crescita e riproduzione; perciò la soppressione della capacità riproduttiva può essere vista come un meccanismo di adattamento dell'organismo ad un deficit cronico di energia. La conseguente infertilità è dovuta ad una combinazione di anovulatorietà e rifiuto della attività sessuale, probabilmente a causa di una scarsa stima del proprio corpo ma anche a causa di ridotti livelli circolanti di ormoni sessuali.

La ripresa della funzione ovarica è fortemente correlata alla ripresa del peso corporeo: molti studi hanno dimostrato come la ciclicità mestruale riprenda con il raggiungimento di almeno il 90% del peso ideale, anche se la percentuale di donne che, nonostante il conseguimento di tale obiettivo, rimane anovulatoria varia tra il 13 e il 30%. La persistenza di amenorrea, nonostante il guadagno del peso, può essere correlata a pratiche alimentari anormali e soprattutto alla durata del disordine alimentare. Inoltre l'esistenza di uno stato di ansia associato al disordine alimentare può complicare il trattamento di tali pazienti.

Inizio quindi della fertilità, processo importante per la crescita, in questo periodo vengono impostate le basi per una futura maternità! Però la fertilità è condizione che pretende non soltanto l'equilibrio ormonale e chimico del nostro corpo, ma soprattutto amore: amore a partire da sé perché si possa poi amare gli altri ed essere poi amati. Se questo non accade mancherà il desiderio sessuale e la possibilità dell'accoppiamento.

Ma anche l'obesità può causare disturbi del ciclo e quindi anche disturbi della fertilità dovuti allo squilibrio ormonale che si manifesta per l'eccesso di massa lipidica. Il grasso è infatti molto importante per le normali funzioni fisiologiche della donna; può essere considerato un autentico compartimento endocrino ed una riserva di energia, oltre ad avere una importante funzione estetica e metabolica legate alle specifiche aree dove è prevalentemente distribuito: fianchi e seni in età riproduttiva, addome dopo la menopausa. Variazioni quantitative e qualitative (distribuzione) hanno importanti effetti sulla funzione riproduttiva e sul metabolismo femminile.

VIII.4 Quando si ammala il coniuge *Paola Bianchini*

Non ho dormito tutta la notte, combattuto dalla voglia di lasciarla e andarmene lontano e l'impegno ad aiutarla; 15 anni spesi per lei, dietro al suo mondo, alle sue ossessioni. Speravo che la nascita di nostro figlio potesse cambiare le cose, che sentirsi madre e responsabile di qualcun altro potesse aiutarla. Niente, non è cambiato niente, se non che devo occuparmi anche di lui, di farlo mangiare lontano dalla madre, di fare in modo che non si accorga delle fughe al bagno dopo pranzo della mamma.

Mi sembra di impazzire e penso che avrei avuto diritto ad una vita migliore, che questa malattia corrode e invischia tutti quelli con cui entra in contatto, non ho più voglia di fare niente e il senso di colpa mi divora. Le cose me le sono spiegate male, malissimo o lei ha usato la sua malattia per ridurmi a strumento nelle sue mani, di certo, dopo la famosa scappatella, il mio rientro a casa si è trasformato in un inferno. Notti intere d'interrogatori e lei che continuava a chiedermi "ma quanto pesa l'altra è più magra di me?" non me lo spiegavo, pensavo fosse un vezzo, una delle tante competizioni femminili, invece era l'inizio della fine era l'ossessione che parlava in lei. Da lì all'inferno il passo fu breve: il frigo sempre vuoto, continuamente discussioni, litigi, opponeva sempre dei no. Non voleva vedere più nessuno, isolati, la situazione è precipitata, ed io sono restato anni divorato dai sensi di colpa e dall'impotenza, fino a quando miracolosamente ha deciso di curarsi; non immagino cosà ci riserverà il futuro, di certo non potrà essere peggiore degli ultimi 10 anni. Grazie per averci accolto con tanta comprensione. Giuseppe

Quando si ammala un coniuge, la situazione è ancora più complessa, un marito o una moglie che diventano bisognosi di cure e comprensione continue, implicano una grande assunzione di responsabilità nel legame affettivo. Quando questa situazione la vivono anche dei figli, la cosa è ancora più complessa. Certo è che per un bambino in crescita, una madre o un familiare con Disturbo del Comportamento Alimentare rappresenta un grave problema intaccando uno degli aspetti fondamen-

tali su cui si basa il legame familiare: il pasto in comune. In tal senso, il bambino deve essere tutelato più possibile, cercando di tenerlo fuori da tutti i rituali e le ossessioni che la patologia impone. La qualità della sua vita, in termini di orari, abitudini alimentari e convivialità non deve essere compromessa.

Non tutte le famiglie, le relazioni, reggono ad una prova così difficile, bisogna dirlo per serietà, certo è che se una coppia riesce a sostenere una difficoltà così grande insieme, niente potrà più minacciarli. Abbiamo incontrato molte famiglie in questa situazione e il consiglio che abbiamo dato a tutti è stato di smettere di andare in cerca del colpevole, del distruttore. La caccia alla colpa fa scattare una sorta di circolarità di cause ed effetti che paralizza ogni sviluppo e ogni novità mantenendo la coppia divisa ed opposta: colpevoli/ innocenti, vincitori/vinti. Molta della comprensione che ci unisce agli esseri umani proviene dal non sentirci soli, isolati, ma uniti da un destino comune: la precarietà, il dolore, la malattia sono dimensioni esistenziali che appartengono ad ognuno di noi, dividerli con le persone che amiamo rappresenta una delle prove più importanti che possiamo affrontare nella nostra vita; fallirla sarebbe veramente doloroso.

Non dobbiamo considerare la circostanza in cui soffriamo, come il punto più basso della nostra esistenza, di contro nel momento in cui una persona o una famiglia lotta per la vita rappresenta il vertice della stessa. In tal senso, stare vicini, fianco a fianco con i propri cari, non può che renderci fieri e coraggiosi.

Il coraggio, come ricorda Platone, è *conoscenza delle cose da temere e di quelle da osare*, quindi coraggioso non è colui che non teme o che rimane cieco di fronte alle possibilità esistenziali, il coraggio è vedere *nel non ancora*, laddove lo sguardo dell'altro si arresta; vedere la guarigione per lui/lei.

“*Chi non spera nell'insperabile non lo otterrà*” cita la sapienza greca, dobbiamo sperare per le persone che amiamo, anche quando tutto sembra andare nella direzione contraria, non dobbiamo smettere di tendere la mano, spesso quella presa è l'ultimo legame che li tiene ancorati alla realtà. Non sempre è così facile o eroico come lo abbiamo descritto, la

via è piena di disillusioni, di ambiguità ed ambivalenze: non dovete vergognarvi di sentirvi stanchi né di sentirvi soli, bisognosi di cure e comprensione anche voi. Delle volte riconoscersi deboli è prova della nostra forza.

VIII.5 La comunicazione *Paola Bianchini*

*Alcuni dicono che quando è detta, la parola muore.
Io dico invece che proprio quel giorno comincia a vivere.*
Emily Dickinson

So che non si deve fare.

So, che come dice la dott.ssa i nostri figli devono vedere che noi siamo coraggiosi, che combattiamo il dolore con determinazione e forza. E io ho fatto così, l'ho incoraggiata con fermezza, l'ho invitata a fare un bagno rilassante e tutto sembrava al momento passato. Ma so che non è così. Non riesco più a parlarle, ho paura di tutto quello che dico, penso sempre che una mia parola possa farla precipitare. Molte volte mi nascondo, a lei, a me stessa, a mio marito. Come si fa ad aver un dialogo quando si maneggiano le parole come se fossero bombe?. Ad una delle ultime riunioni il presidente della Associazione ha detto che i nostri figli hanno 24 ore al giorno il pensiero del cibo nella loro testa, che niente lo attutisce o lo vanifica; e allora io mi chiedo: ma come passerà questa passione? Come si allenterà questa morsa? Succederà anche a Cecilia di ritornare alla sua vita normale, alle sue emozioni? Ripenserà ai ragazzi, agli amici, a noi? e come si deve fare? Datemi una speranza. Fatemi credere che ciò può accadere.

Stiamo facendo una vita apparentemente normale, Ceci ha anche fatto un esame all'università e ha ripreso con piacere la sua vita sociale, ma io, il padre e il fratellino e lei per prima siamo pieni di dolore e smarrimento. Sono anni ormai che stiamo vivendo questa storia di dolore e non ho più forza. Io penso a voi sempre con grande stima e riconoscenza, ho molta nostalgia di quella sensazione di riparo che da la

Residenza, mi sento sola ad affrontare problemi troppo difficili ma vi ringrazio davvero per l'attenzione nei nostri confronti, questo mi dà conforto e respiro. Molti familiari vivono la relazione e quindi la comunicazione con i propri figli, come un campo minato, minacciato, non è un caso che la mamma di Cecilia parli delle parole come bombe, in grado di far scoppiare l'ennesima crisi che la famiglia sembra non poter sostenere. Un aspetto da indagare è proprio quello delle crisi: non è possibile mettersi al riparo da certe difficoltà, nel momento in cui ci sono, vanno affrontate; avrete sperimentato sulla vostra pelle che se il ragazzo sente il bisogno di andare in crisi, di *scoppiare*, questo non dipende dal vostro comportamento e qualunque sia stato e qualunque siano state le vostre parole, la "bomba esploderà". Per questo, è inutile preoccuparsi prima; è molto importante mantenere un atteggiamento naturale con il figlio che altrimenti si percepirà come oggetto indesiderato e fonte di ansia (cosa che, come abbiamo sempre ricordato, vista la svalutazione che questi pazienti fanno su se stessi è sempre da evitare).

Le parole comunque hanno un'importanza fondamentale nella relazione; così come esistono parole in grado di ferire esistono parole che guariscono, riparano. Per questo bisogna essere seri nella comunicazione, non promettere mai più di quello che si è in grado di mantenere (le persone migliori, rimangono quelle che mantengono più di ciò che promettono) e se non sempre, si può dire tutta la verità, mai dire bugie: la verità sempre, anche se non tutta. Viviamo, in un tempo in cui i confini interni ed esterni nelle relazioni e nella comunicazioni vengono spesso confusi, assistiamo a parole e gesti intimi esposti pubblicamente, di contro, parole pubbliche entrare in eventi privati. Questa confusione, non giova alla chiarezza dei rapporti umani e bisogna ristabilire regole interne che servano da argine ai rapporti con se stessi e con gli altri; poichè prima di essere in dialogo con gli altri, siamo in dialogo con noi. *Il dire tutto ciò che si pensa* è eletto a principio di onestà intellettuale; non si dovrebbe mai dire tutto ciò che si pensa (visto che si pensa di tutto e spesso i nostri pensieri sono ambivalenti, ambigui e poco chiari) ma pensare tutto ciò che si dice. Delle volte nella comunicazione vogliamo ferire, costringere l'altro in un angolo, cerchiamo un risarcimento narcisista. In tal senso, non vogliamo un dialogo, ma la vittoria.

In una comunicazione scadente non ci sono vincitori ma solo vinti, chi rinuncia alla comprensione, rinuncia alla relazione, si chiude in un universo di ragioni che sono e rimarranno solo le sue.

Uno degli indicatori di cattiva, aggressiva forma comunicativa è il: "... e tu allora?" nel *tu allora* esprimiamo la volontà di un giudizio, di un confronto-scontro in cui non vogliamo riconoscere le ragioni all'altro. L'altro è vissuto come il nemico da abbattere e lo releghiamo a cosa, invece di essere polo dialettico della relazione. In tal senso, parliamo di relazione comunicativa, dove c'è autentica comunicazione lì vive la relazione.

Dovremmo evitare dialoghi che implicino giudizi di valore, usare assunti definitivi che inchiodano e congelano l'interlocutore nella gabbia dei nostri pregiudizi ed in una sorta di destinazione: "*sei sempre così... fai sempre così... non cambierai mai*".

Se intendiamo promuovere lo sviluppo dell'altro dobbiamo preparare un terreno che lo accolga; questo è rappresentato da un linguaggio nuovo che escluda colpe, colpevoli, falliti o fallimenti.

Bisogna credere che le relazioni possano cambiare, per poter cambiare la maniera di parlarci, contemplando anche la possibilità di stare in silenzio.

Il silenzio, infatti, non sempre è da vivere con disagio, esiste un silenzio tra le persone che è intimità, accoglienza, condivisione. Come esistono silenzi che si tagliano con il coltello, in grado di allontanarci dall'interlocutore, esistono silenzi fecondi e carichi di comprensione.

Bisogna accettare che non sempre ci sono risposte da dare.

Educare i vostri figli a sostare in una domanda, è educarli alla pazienza, alla modestia del chiedere, condizioni fondamentali del pensiero.

VIII.6 La relazione Paola Bianchini

Carissimi,

che bello che non vi siete dimenticati, che bello che mi scrivete, e non vi siete stufati ancora di queste storie così tristi e dolorose che si assomigliano tragicamente un po' tutte e che sono invece anche così diverse. Il problema è la solitudine in cui ci si trova a viverle queste storie, anche se io cerco di riempire la casa di amici e amiche e cerco di pensare a mille agganci che possano far sentire Cristina meno sola. Mi pare che lei stia mandando a quel paese il mondo, noi, dal nostro canto abbiamo interpellato uno psichiatra amico-conoscente con cui ci eravamo consultati anche prima di Todi e che a me ha fatto un'ottima impressione, il quale consiglia per lei uno psichiatra di qui e consiglia per noi una terapia familiare. Tutte queste cose che stiamo portando avanti e che non sappiamo ancora se accetterà. Speriamo che accetti di curarsi almeno qui. Io sono molto affaticata, ho un terribile mal di schiena che mi curo facendo ginnastica in mare, la mattina dalle nove alle dieci e mezzo, vedo qualcuno, scambio due parole per non morire. Cristina è molto sola, gli amici coetanei mi pare che la stiano un po' scaricando, lei non è una facile nelle relazioni, è tutta la vita che è così. Però miracolosamente continua a mangiare, in modo piuttosto dissennato, ma mangia, e io mi faccio una ragione delle ore che passo a cucinare senza farmi troppe domande. L'umore è bassissimo stasera (serata drammatica, lei è uscita ora, alle 21 dicendo che non aveva voglia di mangiare ma solo di vomitare, dopo due ore di pianto con me vicina, impotente, che proponevo mille cose...senza risultato), ma alle volte è persino allegra (anche se lei lo nega), e dopo quattro anni senza uscire ora va col padre in barca la sera, all'imbrunire, e si tuffa dalla barca con gli shorts e una canottiera (perchè si vergogna e dice che fa schifo, che è grassa ecc,) e a me paiono delle piccole conquiste. Ma io alle volte mi dispero perchè non vedo sbocco e mi chiedo per quanto tempo ancora dovremo fare questa vita assurda...forse per sempre mi dico e allora mi viene voglia solo di morire. La relazione rimane un aspetto decisivo del percorso terapeutico; tra i membri della famiglia e fuori dalla

famiglia stessa, ma anche le relazioni di cui godono i genitori fuori di casa. La mamma di Cristina, sente di aver bisogno di due parole al mattino, come se fossero un ora d'aria per non morire, di fatto, reclama una relazione, una comprensione, un abbraccio umano; a volte il peso della nostra esistenza si fa troppo duro per sopportarlo in solitudine.

Viviamo sempre all'interno di relazioni, la soggettività non è mai da sola, si è sempre alla presenza degli altri; anche l'eremita è in dialogo, quindi in relazione con qualcun' altro. La costituzione di buone relazioni è un aspetto molto importante nel percorso terapeutico, per questo nel nostro programma Residenziale, grande spazio è dato ai gruppi di ascolto che permettono e favoriscono la crescita del gruppo e di quante più relazioni possibile.

Nella malattia si tende all'isolamento e ciò che abbiamo notato, dopo anni di lavoro con le famiglie, è che la famiglia stessa si impoverisce di relazioni; si incominciano a ridurre le uscite insieme agli altri, gli inviti in casa, non ci si sente capiti da parenti ed amici. Il risultato è un chiudersi dentro il proprio confine perché si pensa che l'esterno non possa capire e rappresenti solo una minaccia. Non ci si salva mai da soli, la guarigione è uno sforzo comunitario: contribuiscono tante persone, tante parole, tanti gesti, apparentemente anche insignificanti, ma che rappresentano la possibilità di riallacciare legami con la vita. Muovendosi incontro agli altri qualche cosa si libera in noi, predisponendoci alla libertà interiore. *Mi chiamo Michela e sto scrivendo a nome di tutta la classe per avere notizie su questa malattia che ha colpito una nostra compagna di classe. Valentina è sempre stata la più brava della classe, la più gioiosa, quella che ricaricava il gruppo e veramente bella, da circa un anno, non è più la stessa e rifugge ogni nostro aiuto. Valentina ha perso 20 kg in un anno (pesa 36 kg), ha smesso di venire a scuola e non ci riceve più a casa, le notizie che abbiamo sono dalla madre e dalla sorella, sembra aver tagliato i ponti con tutti. Per quanto mi riguarda, continuo di tanto in tanto a mandarle un sms per farle compagnia, per farle sapere che non l'ho / abbiamo mai dimenticata, ma chiaramente rimangono tutti senza risposta. Come possiamo fare? Dobbiamo insistere o lasciarla stare e quando starà meglio magari ci cercherà lei?*

Ho cercato in rete delle informazioni, ma sono finita in delle chat che mi hanno molto preoccupata per lei, ho capito che l'amicizia non conta più, neanche l'amore e ho paura di perdere la mia più cara amica. Le ultime volte (circa 6 mesi fa) quando le proponevamo un'uscita rispondeva che ci si doveva preparare che doveva saperlo prima, non tollerava l'imprevisto, le uscite non programmate.

Il ruolo degli amici e dei familiari nel percorso di guarigione è decisivo; la relazione con questi pazienti è comunque sempre difficile e minacciata dalle ossessioni che sono al servizio della patologia. In tal senso, è importante ricominciare dalle relazioni che spesso, i pazienti tentano di minacciare per restare indisturbati con la propria ossessione; decisivo è distinguere la parte sana del proprio figlio da quella ammalata e rimettersi in comunicazione con questa, non mollando la presa.

Questo è il motivo per cui bisogna essere pazienti e decisi, non lasciare la mano che debolmente offrono, quella mano è il loro legame con la vita; è una stretta che minaccia sempre la resa, una morsa e molte, troppe volte, l'ultimo appiglio per sentirsi parte di una comunità sociale. Sono individui che soffrono la vita di relazione perché subiscono troppo la presenza *dell'altro* e degli eventi; tutto entra troppo velocemente in loro, come se non ci fosse distanza tra il mondo esterno e quello interiore; non ci sono veri confini a protezione e quindi si sentono continuamente minacciati dal mondo. Le relazioni devono essere rifondate, quindi, su di un patto di alleanza e fiducia: sicuri che solo l'incontro con l'altro può promuovere la nostra emancipazione.

Se tutta la famiglia si impoverisce di umanità, quindi di relazioni, non è possibile alcun cambiamento, guarigione.

Solo nei legami, un uomo si rende libero; comunemente si pensa la libertà come assenza da vincoli, di contro la capacità di legarsi, senza soccombere ai propri vincoli è il vertice della libertà nei rapporti umani.

VIII.7 Gli insegnanti *Chiara De Santis*

*A che serve tutto questo? Mi guardo intorno e tutto quello che riesco a vedere è una scuola e un mondo che possono andare avanti senza di me*⁵⁰.

La frase di questa ragazza di 15 anni serve, forse molto più di tante citazioni da testi sulla pedagogia e sulla didattica, a far riflettere sull'importanza della scuola e dei modelli di comportamento che in quella sede vengono incontrati, non solo nell'immediato, ma soprattutto per lo sviluppo futuro di ogni individuo. La scuola rappresenta nei primi anni di vita di ogni ragazzo l'orizzonte di riferimento privilegiato, da un punto di vista culturale, sociale, addirittura sentimentale: da qui la fondamentale importanza giocata dal ruolo dell'insegnante all'interno del complesso e corretto sviluppo di quel sentimento identitario che solo permette ad ogni persona di essere e diventare quello che può, vuole e deve essere.

Nella fattispecie, poi, quando ci riferiamo ad una patologia complessa quale sono i Disturbi del Comportamento Alimentare, patologia che interessa la sfera bio-psico-sociale dell'individuo, ci si rende conto di come la funzione dell'insegnante possa divenire centrale e preziosa per il riconoscimento del disturbo ma soprattutto per la sua prevenzione.

La possibilità di sviluppare un disturbo si annida, infatti, dove si indebolisce la domanda di senso o, ancora peggio, dove quella domanda non trova più una risposta: *ho cercato tutti i giorni di capire il senso di tutto questo, ma non c'è senso*, scrive ancora Teri, a sottolineare con ancora più forza il bisogno sempre più grande di trovare una dimensione per la propria esistenza, una spiegazione per il proprio essere, una direzione per il proprio andare. Quando questa risposta non arriva è facile rifugiarsi in qualcosa di più solido, di più controllato rispetto ad un'esistenza che presenta rischi ed incertezze: alcool, droga, ossessione per il cibo e le forme corporee, atteggiamenti sessuali disinibiti sono solo risposte diverse ad una domanda di senso troppo spesso disattesa.

⁵⁰ Nota lasciata da Teri, suicida a quindici anni, in U. Galimberti, *L'ospite inquietante*, ed. Feltrinelli 2007.

A livello scientifico vengono definite *addiction* in quanto nascono dalla convinzione che sia possibile lenire il disagio o il dolore attraverso il ricorso a qualcosa di esterno, qualcosa che all'inizio appare controllabile e restituisce così la sicurezza che deriva dall'esercitare un controllo sulla propria vita, anche se attraverso un mezzo; il problema è che questa sicurezza è solo apparente e ben presto *l'addiction* si rivela per ciò che è, un controllore e non un controllato.

L'alternativa è restituire ai ragazzi la possibilità di ricevere una risposta diversa che faccia loro comprendere come l'accettazione e l'ascolto del proprio dolore e del proprio disagio, anche se possono costare sforzo e sacrificio, rappresentino l'unica soluzione per una vita libera di essere vissuta.

Il paradigma della realizzazione a tutti i costi, anche a caro prezzo, non tiene conto del fatto che non sempre si possono e si devono porre delle condizioni alla propria esistenza e alla propria felicità: il rifiuto del dolore, del sacrificio, della pazienza sono ormai divenuti sinonimi di felicità, ma una vita felice non è una vita senza dolore, è una vita che si costruisce a partire dall'ascolto di quel dolore e di quella sofferenza. Fornire un nuovo linguaggio alla sofferenza, dare spazio al dialogo all'interno della dimensione scolastica è importante perché un disagio non si trasformi in disturbo, perché un sentimento identitario debole riesca a superare le prove ma per far questo è necessaria, in primo luogo, una formazione, oserei dire un'auto-formazione.

Ogni mestiere è difficile e pieno di responsabilità e spesso negli anni viene meno la motivazione, lo slancio iniziale; nelle scuole, in particolare, quello che a volte emerge è un diffuso malcontento, o peggio, una generale mancanza di fiducia che le cose possano effettivamente cambiare. Questo è il primo ostacolo da rimuovere perché non possiamo portare fiducia senza essere fiduciosi, per questo è importante non smettere mai di educarsi per poter educare, per poter continuare a credere e a far credere che sia possibile migliorare l'attuale situazione, per quanto dura e difficile essa possa sembrare. Un altro problema diffuso è quello della crisi dell'autorità: sempre più spesso ci si rende conto di come la relazione con l'adulto sia ormai percepita come asimmetrica, al punto che è l'insegnante a dover, a volte, giustificare le proprie scelte nei confronti dell'allievo che solo allora decide, in "piena" libertà, se accettare o meno quello che viene proposto.

Una soluzione a questo problema non è facile, né semplice da spiegare, sicuramente un primo passo è rappresentato dalla necessità per l'insegnante di mostrarsi autorevole e non autoritario: non sempre è vero che i ragazzi non vogliono regole ma sicuramente è sempre certo che non le accetteranno se non riconosceranno una coerenza in chi le propone. Saper essere un esempio con le proprie scelte e con i propri atteggiamenti è già un modo per dare e ricevere rispetto. Un secondo passo è, inoltre, rappresentato dall'importanza di assumere un atteggiamento non giudicante nei confronti dei ragazzi che sappia educare alla relazione e restituire all'appartenenza a dei legami: la celebre risposta che molto spesso compare sulla bocca dei ragazzi "E tu allora?", in realtà, pur nella sua aggressività, vuole comunicare che c'è un'attenzione nei confronti dei comportamenti e degli atteggiamenti degli educatori, genitori o insegnanti che siano, ma soprattutto che ci sono delle aspettative che non possono e non devono essere deluse. La formazione, l'auto-educazione richiedono tempo e investimenti a breve e lungo termine, in termini di risorse economiche ed esistenziali ma possono veramente fornire un importante e valido antidoto alla diffusione di un disagio che troppo spesso degenera in un disturbo. La prevenzione nelle scuole è uno dei fronti più importanti sui quali si svolge la lotta contro la diffusione delle patologie del comportamento alimentare, ma altrettanto importante è quello del riconoscimento dei sintomi e del trattamento della patologia una volta che questa si sia manifestata. Per quel che riguarda il riconoscimento è bene che l'insegnante sia attento nel caso in cui si accorga di significativi cambiamenti nell'atteggiamento dei ragazzi: ad esempio nel caso in cui uno studente che è sempre stato molto attento cominci a dimostrare disinteresse oppure se si nota la tendenza a passare in solitudine i momenti ricreativi; si tratta di piccoli campanelli d'allarme che è sempre bene non sottovalutare.

Uno dei tratti della patologia è infatti definito perfezionismo clinico e consiste nell'attenzione quasi maniacale nei confronti delle attività scolastiche, con episodi di vera e propria ossessione: ci sono casi in cui lo studente arriva a presentare tesine da 300 pagine per il percorso d'esame di III media o si sottopone a massacranti programmi di studio, continuando, al tempo stesso, a sottolineare come non ci sia niente di straordinario nel suo atteggiamento, anzi asserendo che potrebbe fare molto di più.

Questa situazione riguarda lo stato iniziale della patologia, con l'avanzare del disturbo, infatti, si può registrare una diminuzione dell'attenzione per gli impegni scolastici dovuta all'aumento dell'ossessione per il cibo che ruba spazio ad ogni altra attività.

In questa fase si possono registrare anche quegli episodi di isolamento da parte dell'interessato che tende ad evitare ogni momento conviviale o, comunque, preferisce consumarlo in solitudine. Saper cogliere e riconoscere determinati segnali può consentire una più precoce diagnosi e, quindi, una possibilità maggiore di guarigione.

Importante è, inoltre, ricordare, a questo proposito, che qualora un insegnante rilevi una situazione particolare è opportuno rivolgersi in primo luogo alla famiglia e quindi a specialisti del settore: se è vero che solo una persona può curare un'altra persona e che per permettere a queste persone di tornare a vivere è necessario restituirle a dei legami interpersonali forti, è altresì dimostrato che non è sufficiente un rapporto privilegiato per curare una patologia complessa come quella dei Disturbi del Comportamento Alimentare, che richiede un intervento specializzato e mirato.

All'interno di un complesso lavoro in équipe resta comunque centrale il ruolo dell'insegnante, anche per far capire che queste sono patologie delle quali non ci si deve vergognare, che vanno affrontate e combattute perché si possono vincere.

Le difficoltà che si possono presentare a causa della presenza in classe di una ragazza o di un ragazzo affetto da anoressia o bulimia non devono spaventare: anzi è bene parlare con tutta la classe e affrontare il problema, sempre ricordando che è opportuno chiedere consiglio ad un esperto su come affrontare o trattare particolari argomenti. Si è, infatti, riscontrato che il riferimento a determinati atteggiamenti concernenti la patologia, quali l'autolesionismo o i diversi comportamenti di compenso, può diventare un invito ad intraprendere certi comportamenti, più che costituire una prevenzione contro la loro diffusione. Ugualmente è bene evitare particolari riferimenti specifici alla patologia con il soggetto interessato; soprattutto è importante gestire bene il rientro del paziente in classe: vanno ad esempio evitati riferimenti al cibo, alle forme corporee, all'attuale stato fisico del soggetto interessato. Un semplice commento, anche banale, rischia di innescare una serie di pen-

sieri a catena nel ragazzo o nella ragazza che si chiederà se il suo aumento sia visibile o esagerato. Per il resto, nella massima serenità e tranquillità, è bene conoscere questo disturbo per saperlo gestire e, soprattutto, prevenire, nella convinzione che la più grande prevenzione e il più efficace trattamento sono nel recupero della cura dei ragazzi, delle loro aspettative, dei loro bisogni, per un'educazione basata sulla convinzione che nessuno è *insignificante o inutile e che ognuno può collaborare all'instaurazione di una società a misura di comunità*⁵¹.

VIII.8 I colleghi di lavoro *Paola Bianchini*

Gentilissimi

siamo dei colleghi di lavoro di Mariangela, una ragazza di Padova commessa in un supermercato volevamo notizie sull'Associazione, siamo molto preoccupati. Mariangela ha 28 anni lavora con noi da 4 anni, negli ultimi 18 mesi ha perso circa 15 kg per arrivare ad un peso secondo noi pericoloso (38/40 Kg). Lavorava alle casse, ora resta anche il pomeriggio tardi per lavorare scaricando pacchi pesanti e facendo avanti e indietro per le corsie praticamente sempre. Non si siede mai, anche nella pausa pranzo rimane in piedi, beve continuamente acqua e non la vediamo più mangiare, qualsiasi invito ad uscire insieme viene declinato e sembrerebbe aver rotto anche con il fidanzato (le notizie, sono vaghe perché è diventata diffidente e molto riservata).

Abbiamo provato a parlare ottenendo ancora maggior diffidenza e la risposta è sempre la solita: "mi sento bene, non sono mai stanca, ho molte più energie di prima, non è vero che sono sottopeso dovrei perderne ancora, malati sarete voi...non mi siedo perché non voglio perdere tempo e voglio sbrigarmi nel lavoro, non esco perché non ho voglia" abbiamo paura che insistendo così perderemo anche questo ultimo contatto. Potete consigliarci come comportarci e dove poterla indirizzare? Grazie del Vostro lavoro, restiamo in attesa di notizie.

⁵¹ G. Mollo, *A scuola di valori, Una metodologia per la formazione del carattere morale*, ed. Porziuncola, 1996.

Le ragioni qui descritte sono per definizione la “luna di miele della malattia”. Nel suo inizio, il soggetto si sente onnipotente nel controllare la propria fame e il proprio corpo, si sente ancora grasso (dispercezione), ha realmente più energia, quindi se gli parlate di malattia, il malato siete voi: voi che mangiate ad ogni pasto, che non vi purificate con l'acqua, che non vi muovete. Molte pazienti ci raccontano stupite di come vedendo mangiare gli altri non capiscano come possano farlo senza rimorsi e senza pensarci tutto il giorno. Non sono questi gli argomenti da toccare per fargli notare qualche cosa che almeno nel suo inizio, è impossibile vedere. Quando l'ossessione (di cui si nutre il disturbo compulsivo) è molto potente, molto invasiva, il soggetto è come alienato dalla realtà e da un esame autentico con se stesso, quindi impossibilitato a capire ogni buon argomento di ragione.

Se voi dite ad una persona anoressica (che non vuole riconoscere il problema) che è malata, penserà che volete farla ingrassare, se le dite che fa schifo penserà che sta perdendo peso, se le dite che la trovate meglio penserà che sta ricominciando ad ingrassare e così via. Tutti gli argomenti etici: la fame nel mondo, i bambini che muoiono di fame o malati gravemente in letti di ospedale, di contro che loro sono belle, sane, giovani e che non gli manca niente per stare serene; ebbene tutte queste buone ragioni, non valgono niente, di fronte alla loro ossessione. È vero, apparentemente non gli mancherebbe niente, tranne se stesse: chi manca alla propria vita sono proprio loro. Per riportarli ad un esame di realtà che dia, anche un debole risultato, bisogna incidere sull'unico argomento che sentono (quindi vivono) come negativo: l'ossessione.

Alla domanda “quanto ci pensi?” cioè quanto tempo ti prende e quante energie psichiche spendi con il pensiero del cibo e del peso, risponderanno “sempre”, nel senso che nessun altro pensiero riesce a convivere con quello. A questo punto, si è aperta una possibilità di dialogo per poter far capire che l'ossessione chiederà loro sempre più pensieri, sempre più rituali da assolvere, togliendogli sempre più vita.

Questo è uno dei pochissimi argomenti in grado di agganciare questi pazienti, perché una delle caratteristiche di questo disturbo è che pensano di pensare; sono convinti di non fare altro, perché sentono il pro-

prio pensiero rimuginargli in testa tutto il giorno, di fatto non pensano niente, ma vengono pensati dall'ossessione e dalla malattia. L'ossessione è un cattivo padrone della mente, un tiranno che richiede il suo tributo ogni giorno, poi ogni ora, successivamente ogni minuto e non si arresta da sola, lasciata stare aumenta, la regola è: se l'ossessione non decresce cresce. Per questo è molto importante entrare in azione prima possibile per evitare che l'ossessione divenga un'abitudine a pensare, l'unico mezzo per affrontare la vita, in tal caso si può cambiare ossessione ma non evitare di ossessionarsi.

CAPITOLO IX

L'IDENTITÀ

IX.1 Identità e Disturbi Alimentari:

a proposito della difficile costruzione dell'identità

Laura Dalla Ragione

*Amare è una grande fatica, perché per accogliere un amore o un
amico*

*bisogna preparare uno
spazio nell'anima e nella mente.*

Alda Merini

Il tema della costruzione dell'identità, una ricerca continua, disperata, affamata di identità. È lo sfondo di queste malattie, ed è il punto da cui si dipanano i discorsi intorno alle sindromi, ai sintomi difficili da sottomettere alle classificazioni, ai numeri sconcertanti di questo fenomeno nuovo, che appare oltre alla forma psicopatologica, come una nuova forma di soggettività.

Oggi il tema della costruzione dell'identità è strettamente collegato a molti disturbi degli adolescenti e non solo (tossicodipendenze, depressione precoce, autolesionismo, bullismo, disadattamento sociale) e ci rimanda alla difficoltà di sostenere la propria idea di sé in questo mondo, dove le condizioni della vita sono migliorate ma l'incertezza del proprio *essere nel mondo* è paradossalmente aumentata. Come avviene la descrizione di un'identità e la sua esternazione?. La nostra identità non è ciò che noi siamo. Ma soprattutto per i giovani l'identità è fatta dalle cose di cui si vestono, le parole che usano, la gestualità che esprimono.

Ma soprattutto è la possibilità che lo sguardo degli altri sappia riconoscerli e perciò possa decidere di accettarci per ciò che siamo, o di rifiutarci per ciò che essi non vogliono per sé. Il processo di costruzione dell'identità, processo difficile e mai concluso, continua fino all'ultimo giorno della nostra vita. Ma nel caso dei giovani del nostro tempo entra in scena la potenza delle immagini dei media⁵², che sono una fabbrica continua, inarrestabile di corpi inanimati e aggiornati, di identità fasulle e senza etica. L'idea in fondo è che o si sta sulla scena o si è trascinati giù, nel vuoto, nel nulla.

Da questo punto di vista la società dello spettacolo (ma forse sarebbe più giusto definirla società dell'avanspettacolo) rappresenta un perfetto rovesciamento della concezione socratica (ma poi anche platonica e cristiana) della vita. Diceva Socrate: non importa se quel che fai qualcuno lo vede, lo approva, lo disapprova, e così via, importa che corrisponda al bene. Se sarà così, quel che avrai fatto è per sempre, è tutt'uno con quel che è giusto che sia, e tu sei salvo.

Invece noi diciamo (pensiamo): non importa se quel che fai è bene o male, importa che qualcuno lo veda, insomma che sia messo in scena, e allora anche il gesto più ignobile, anche la vita più miserabile, saranno salvati dal fatto di avere un pubblico che nello stesso tempo ti deride e ti ammira. Che cosa è accaduto?. È accaduto che la bellezza non è (non è più) se non il fatto di apparire, cioè il fatto di essere in mostra. Quella luce della bellezza che un tempo sembrava disvelare misteriose profondità e scoprire enigmi, oggi non indica altro che il fatto di essere sotto i riflettori. Perciò la bellezza è diventata quella cosa banale e volgare che si mostra nei reality o nelle pagine dei giornali.

Più di una volta, in questi anni, mi sono interrogata di fronte alla sofferenza di tante giovani vite, identità in costruzione, pezzi di mondo senza ricomposizione. La partita che si gioca all'interno di tutti questi disturbi è proprio quella dell'identità. È un corpo a corpo senza rete in cui ognuno è libero e solo di fronte a se stesso, privato di quella placenta sociale che consente nutrimento e protezione.

⁵² J. B. Thompson J., *Mezzi di comunicazione e modernità*, ed. Il Mulino, 1998.

Senza rete significa, in primo luogo, senza la protezione di quello che per un bambino e un adolescente dovrebbe essere la principale intermediazione con il mondo e cioè la famiglia che vive in questo momento, a sua volta, una difficoltà immensa a costruire una solidità di valori da trasmettere. Accanto a ciò una disattivazione emotiva di quei vincoli che intrecciano amore, valori, sentimenti ed istituzioni. Ma ancora più profondamente, la deriva dell'identità ha a che fare con qualcosa di più intimamente connesso alla relazione che ogni essere umano ha oggi con il proprio mondo.

Soggetto e oggetto non si fronteggiano più nella modernità, come nella fisica e nella metafisica classiche, quali entità compatte che si sfidano. Questi due poli tradizionali si articolano invece su schemi di massima complessità e mobilità, in cui gli scontri sono meno liberi e gli antagonisti cambiano continuamente fisionomia e posizione: si moltiplicano, si deformano, si mascherano, abbandonano in genere la semplicità operativa di quelle che Sartre chiama "filosofie alimentari" (mai metafora fu più indicata al tema) in cui il soggetto divora l'oggetto o viceversa. E questo non riguarda, naturalmente solo il versante dell'oggetto che abbiamo prima considerato, la struttura del mondo fisico, del "cielo stellato" sopra di noi, ma anche ciò che sta dentro di noi.

Questa malattia ci consente di osservare direttamente, da un punto di vista davvero particolare, i processi faticosi della costituzione dell'identità in un mondo globalizzato e dalla mitologia incerta, restituendoci interrogativi non solo rispetto alla psicopatologia del disturbo, nelle sue molteplici configurazioni, ma anche rispetto alla capacità dell'Io, oggi di costruire se stesso.

Non c'è dubbio che la rappresentazione di questo disturbo rimanda ad una modernità dove l'abbondanza e l'accessibilità di cibo, in una certa parte del mondo, spinge gli individui più fragili e vulnerabili ad usare ciò che è fonte di vita e nutrimento come uno strumento autodistruttivo. Ma è anche possibile, nella modalità alimentare che abbiamo descritto, cogliere l'aspetto mercificato che sottintende un tale uso di Sé e del cibo. Assistiamo ad una sorta di spostamento di emozioni e desideri, vivi e tra loro interagenti, verso oggetti disumanizzati, come

in questo caso il cibo: ma nelle società moderne, dove virtualmente ogni dimensione dell'esistenza umana e del sentimento è stata gradatamente pervasa dal cosiddetto feticismo della merce, è possibile che un bene materiale, sia esso un vestito firmato, una scarpa di tendenza, un dolce al mascarpone oppure un elettrodomestico, si possa sostituire alla reciprocità dell'attenzione spontanea e gratuita dell'amore, dell'ammirazione e dell'accettazione. Nella legge del consumo, nell'idolatria degli oggetti che si diffonde rapidamente, prodigare la propria attenzione amorosa a cose o a persone può diventare un dilemma quotidiano. Fin dalla più tenera età, i bambini apprendono che i beni materiali sono un sostituto di sicurezza, autostima e amore. E comprare sicurezza, ammirazione e amore è più facile che non affrontare la complessità dei rapporti con esseri umani pericolosamente vivi ed imprevedibili. Il cibo può svolgere questa funzione: la restrizione esasperata, l'avidità furi-bonda, il vomito ripetuto per ore, nasconde la paura di relazioni autentiche, e diventa un modo per prevenire l'ansia, la depressione, la paura di vivere.

IX.2 La rabbia, il rancore *Paola Bianchini*

*Non giudicare un giorno
in base al raccolto che hai messo al coperto la sera,
ma in base ai semi che hai seminato*
R. L. Stevenson

Sono stata una bambina grassa, non obesa ma cicciottella: mi ricordo tutti gli sguardi critici su di me, le zie che dicevano a mia madre "bisognerà che la metti a dieta avrà dei problemi da grande!". Ed io di problemi, ne avevo tanti, fin da piccola. Poi c'erano i bambini "fai schiattare la cicciona" "Sua Pesantezza!". E la scuola di danza dove me ne sono dovuta andare perché non ero in grado di fare la capriola. Ho iniziato ad odiare, ad odiar-

li tutti, “ la pagheranno, dovranno chiedermi scusa di tutto il male che mi hanno fatto”. Così ho pianificato la mia malattia “da domani non mangio più, costi quello che costi, niente può essere peggio di questo inferno, devo diventare trasparente, non devono vedermi più così, non mi colpiranno, devo arrivare ad essere in pericolo di vita voglio vederli supplicare di mangiare invece di guardami schifati mentre lo faccio, devono soffrire tutti”. Anni di diete, di tentativi falliti, fino al restringimento totale e poi l'ossessione non riuscire a fermarsi, ora non mi interessa la loro preoccupazione, ora non sento niente, è come se fossi morta dentro, non sento il bene e non sento il male, non sento il riscatto giustizia non è stata fatta, sto male, ancora, come prima: niente è cambiato. Giulia

Giustizia non è stata fatta e non se ne deve stupire, il rancore è uno di quei sentimenti che ritorna sempre indietro, al mittente; la rabbia che si pensa sia diretta fuori di noi diviene come un tarlo che ammala se stessi. Il rancore è una risposta a una rabbia repressa per un'aggressione subita; non si è stati capaci di rispondere in maniera adeguata, ci sentiamo impotenti di fronte all'evento e scatta il rancore, una sorta di pensiero magico che attendiamo ci vendichi.

Nel rancore non cambiano gli altri, inchiodati alle loro colpe, soprattutto non cambiamo noi, restiamo lì eternamente feriti ed impotenti di fronte all'igiustizia provata. Il rancore genera rabbia, la rabbia genera impotenza, aggressività verso gli altri o verso noi stessi; dinamiche così tossiche, molto spesso, sfociano in una patologia, sintomo in grado di sostituirsi al conflitto psichico. Questo è ciò che è accaduto a Giulia, ma non dobbiamo prendere veramente sul serio il determinismo con cui Giulia racconta la sua entrata nel disturbo. Ammalarsi di Disordine Alimentare, non è una scelta, anzi è proprio l'impossibilità (preda delle ossessioni) a scegliere. Giulia lo racconta così, perché la mente umana ha sempre bisogno di una spiegazione lineare nel far risalire le proprie sofferenze, una sorta di genealogia del danno; scriviamo le nostre biografie in maniera lineare, ma come ormai abbiamo ripetuto già molte volte, nella vita le cose sono più complicate: quindi, anche nella malattia. Quante bambine saranno state sovrappeso nella loro infanzia?. E quante saranno state prese in giro ed umiliate per questo?.

Quante si saranno messe a dieta anche fallendo il risultato, ebbene non tutte hanno sviluppato un Disturbo del Comportamento Alimentare. Questo è un dato che da solo è in grado di smontare il determinismo di Giulia. Abbiamo sempre parlato di Disturbo multifattoriale, questo significa che non possiamo isolare una causa nel rintracciarne l'esordio. Molti sono i fattori che influiscono, sicuramente la circolarità tra rabbia subita, rancore provato, impotenza sperimentata e svalutazione, restano dinamiche destinate a sfociare in un sintomo morboso.

In tal senso, è importante cambiare lo sguardo e la destinazione nel dolore e nelle umiliazioni, così da togliere quell'aspetto di soggettività che ci fa tanto soffrire: non siamo il centro del mondo, non è lesa maestà la nostra sofferenza, ma una dimensione fondamentale della vita umana; educarsi a questo (ed educare i nostri figli), può diminuire la nostra rabbia e il rancore, sperimentando, così, una nuova forma di libertà rappresentata dal non temere la possibilità di ricevere il male. Da temere è il male che facciamo, che ci inchioda dalla parte dell'ingiusto, mai quello che riceviamo.

IX.3 Una ragazza perfetta *Alessia Agrosi*

E ora vi scrivo...

Vi scrivo che la vita, per quanto io ancora la conosca poco, mi sembra un assurdo cocktail di immagini, odori, colori, canzoni...tutti mescolati dentro un enorme shaker dove si crea un vortice infinito e disordinato di storie ed emozioni.

c'è chi quel cocktail lo sorseggia...
c'è chi invece se lo beve tutto ad un fiato...
c'è chi è più debole e quel cocktail non lo regge,
ma lo beve lo stesso...

...e dopo lo rimette...

Mi chiamo Alessia. Sono una ragazza di sedici anni. Vivo in Puglia, in un piccolo paese in provincia di Lecce, dove frequento il Liceo Classico. Ho dei genitori fantastici che mi adorano, ho una bella famiglia e tante persone che mi vogliono bene e mi riempiono di affetto e di attenzioni. Sono molto brava a scuola e sono stimata e ammirata da compagni e professori per la mia intelligenza, la mia creatività, la mia costanza e la mia determinazione. Ho una casa, tanti amici, lo scooter, la macchina, l'I-pod, il cellulare, tantissimi vestiti...e tutto ciò che una ragazza possa mai desiderare. Ecco la mia maschera. Quello che agli altri *sembra*.

Fin da bambina ho vissuto in un'urna di cristallo, in un mondo tutto rosa. Ma uscita da quella realtà che erano le mura di casa, dove c'era il *mondo vero*, con altre persone e altri pensieri, tutto era aspro e doloroso. Avevo sviluppato una sensibilità troppo acuta e ogni parola che non era una lode o un complimento, la vivevo come fosse una tragedia. Era un chiodo dritto nel cuore. semplici consigli come “non abbuffarti di merendine, non essere ingorda”, oppure “sei un po' sovrappeso: mangia più sano e genuino” per me erano la conferma che fossi inferiore a tutti, inadatta al mondo, e che la colpa fosse della mia golosità e del mio maledetto corpo. All'età di otto anni cominciai la mia odissea: iniziai a chiudermi nel mio guscio, a strisciare giù per terra come un bruco ributtante. Invidiavo le mie amiche, detestavo quelle persone che mi criticavano in continuazione; odiavo la vita, il mondo, tutto e tutti.

Ma soprattutto una cosa: il mio corpo. Evitavo di uscire, di andare al mare, di acquistare vestiti, abbandonai la danza... .

Mi sentivo un rifiuto umano fuori da casa, perciò restavo sempre tra quelle mura che non giudicavano, non criticavano e non ti fissavano con compassione. Mura sì calde e accoglienti, ma che comunque non facevano dimenticare la *crudeltà* del mondo fuori da quella porta. Quelle parole, quegli sguardi, mi affollavano la mente e diventarono la mia ossessione. Finii per trascorrere le mie giornate barricata in casa, spesso con le lacrime agli occhi e con un immenso vuoto, un buco profondo che mi aveva lasciato la mia sicurezza e che riempivo abbuffandomi di cibo.

Silenziosa, sottomessa, impotente. Nessuno si accorgeva del mio malessere. Sembravo semplicemente una bambina *timida*.

Così fu realmente la mia infanzia; le bambole e i giochi erano solo una cornice colorata di una fotografia in bianco e nero.

Ogni giorno, ogni istante mi ripetevo che un giorno avrei dimostrato a tutti di cosa sono capace e sarei stata io a guardare gli altri con occhi compassionevoli. Un giorno avrei avuto la mia *vendetta sul mondo*.

Quando cominciai la scuola media, qualcosa scattò dentro di me. Uscirono fuori una grinta e una sicurezza mai avute prima: mi tinsi i capelli, riempii le orecchie di pircing, cambiai il mio guardaroba con abiti più aggressivi e alla moda.

Il mio spirito ribelle piaceva alla gente e strinsi tantissime amicizie; così ci furono le prime avventure d'amore, il mio primo bacio, la prima sigaretta, le prime pazzie adolescenziali. Ridevo, scherzavo, ero l'anima delle feste; la mia forte personalità, anche se sbocciata in poco tempo, affascinava molto e tutti amavano trascorrere del tempo con me. Finalmente avevo vinto la timidezza e l'insicurezza dell'infanzia ma...avevo un piccolo segreto: le lacrime avevano lasciato dei solchi troppo profondi nel mio cuore e sentivo che il mondo mi doveva "*qualcosa*" per avermi fatto così soffrire. All'età di undici anni cominciai a vomitare i pasti. Non per perdere peso o per altro. Per il semplice gusto di sputare quel cibo che avevo tanto odiato, che mi aveva reso la vita impossibile e che ancora detestavo più di ogni altra cosa.

Era una bella sensazione. Una sensazione di vittoria, di potenza, di libertà, di leggerezza. Passarono tre anni senza che nessuno se ne accorgesse anche perché non avevo perso troppo peso; e poi ero felice, avevo tanti amici e ottimi risultati a scuola.

Un giorno, alla fine della terza media, decisi di prendere quella mia vendetta, quella che progettavo da anni.

Ma ci fu un altro fattore che influi: al momento della scelta della scuola superiore, tutti continuavano a ripetermi che non ce l'avrei fatta, che il Liceo Classico era una scuola troppo "pesante" e complicata per me. Ancora qualcuno mi sottovalutava. Provava a farmi sentire un viscido verme, incapace e indegno. Sentivo che dovevo dimostrare che ero *capace*.

Allora decisi di cominciare la mia scalata, spinta dall'odio e dal desiderio di vendetta.

Se già ero bella, in gamba, simpatica, ammirata e desiderata, dovevo essere di più; dovevo essere perfetta.

Cominciai la restrizione del cibo fino a mangiare poco e niente; studiavo dall'alba fino a notte fonda, ma trovando sempre almeno tre ore per andare a correre e/o andare in palestra. Ero diventata un mostro di energia e determinazione.

Pian piano persi di vista il panorama della mia vita; mi concentravo sempre di più su quegli obiettivi dimenticandomi tutto il resto: divertimento, amici, vita.

Arrivai a pesare meno di trentacinque chili; ero contenta, soddisfatta di me stessa ed ero decisa a continuare, a dimagrire sempre di più perché solo quello ormai mi faceva sentire bene.

Tutto il resto era senza sapore.

Pensavo di essere diventata invincibile e insuperabile. Riuscivo a controllare il cibo, il mio corpo e “apparentemente” tutto il mondo intorno a me; non ero felice, non mi sentivo bene: *mi sentivo capace*.

Ma in pochi giorni la mia vita si trasformò in un incubo.

Il mio mondo, il mio amico segreto, il mio rifugio si trasformò in una trappola: arrivò così, senza invito e senza preavviso la bulimia multi-compulsiva.

Passavo le mie giornate ad abbuffarmi, senza limite e senza controllo. Ogni giorno assumevo lassativi (fino a 40 al giorno), farmaci anoressizzanti e diuretici (15/30 al giorno-in tutto tra le 50 e le 80 compresse al gg). Agivo senza consapevolezza. Non controllavo più né il mio corpo né le mie azioni.

Era come osservare me stessa dietro ad un vetro. Volevo smettere, volevo aiutarmi, ma ero bloccata. Avevo perso i comandi della mia vita.

Stavo malissimo. Non avevo forza per chiedere aiuto anche perché il mondo intorno a me era diventato nero e non immaginavo neanche lontanamente che qualcosa sarebbe cambiato, che avrei rivisto la luce e i colori, se solo avessi chiesto aiuto. La libertà l'avevo tra le mani; era così vicina, troppo vicina, che non ero capace di vederla.

Ma un giorno accadde qualcosa di inspiegabile, ebbi un attimo di lucidità. Raccolsi le poche forze rimaste e le ultime briciole della mia voglia di vivere e chiesi aiuto ai miei genitori (che non sospettavano *assolutamente* nulla). I primi giorni furono un incubo: stavo malissimo. Avevo questa irrefrenabile bisogno di abbuffarmi e di masticare. Mi sembrava di impazzire. Mamma diventò la mia ombra, non c'era momento che mi lasciasse sola. Svuotammo casa di qualunque sorta di cibo. Io piangevo e mi disperavo tutto il giorno: mi sentivo in trappola.

L'ansia mi soffocava. Masticavo *centinaia* di chewingum al giorno. Per i pasti andavo nei ristoranti e mamma mi stava accanto e mi aiutava a non perdere il controllo. Andavo in crisi anche a trovarmi davanti il cesto del pane. Avevo paura: sentivo di essere divisa in due parti; dentro di me vivevano due persone, due anime, una nera e una bianca. E nessuna di esse ero Io.

Stavo sempre più male. Avevo attacchi di ansia e di panico, non avevo forza neanche a camminare. Da qualche mese avevo difficoltà a respirare e dei dolori al petto che diventavano sempre più forti, ma credevo fosse a causa dell'eccessiva attività fisica e dell'ansia. Però nell'ultimo periodo avevo un forte bruciore al cuore i dolori a volte mi impedivano di usare il braccio sinistro e anche di parlare. Sentivo che c'era qualcosa non andava. Così decisi di andare in ospedale. Mi ricoverarono con urgenza per una pleurite e una pericardite (che se non fosse stata riscontrata in tempo, mi avrebbe causato la morte per infarto). E oggi sono qui.

Violentata dalla cosa che ho amato di più, che mi ha tenuta per mano per tanti anni facendomi provare tante belle sensazioni, ma che poi si è ripresa tutto, anche la mia voglia di vivere.

Tutti continuano a chiamarmi con lo stesso nome ma è come se non mi appartenesse più. Non mi riconosco più quando mi guardo allo specchio. Perché in realtà io non lo so chi sono e non l'ho mai saputo.

Ho visto la mia personalità sempre attraverso gli occhi degli altri, specchiandomi nelle immagini che gli altri avevano di me, non in quella che io avevo di me stessa. Per questo la paura del giudizio negativo degli

altri, la paura di non soddisfare le aspettative delle persone che mi circondano, di non essere sufficientemente brava, di non essere perfetta, mi hanno sempre condizionata, limitata e ossessionata al punto tale da non riconoscermi, non accettarmi e da farmi perdere la consapevolezza di me stessa.

Mi sono illusa che riuscendo a *controllare*, il giudizio degli altri sarebbe stato positivo e allora sarei stata *felice*.

Ma oggi mi ritrovo derubata della mia salute, della mia forza e anche delle mie emozioni. Mi sono accorta che non erano *gli altri* a sottovalutarmi, ma ero io ad avere una scarsa stima di me stessa; ed ogni parola (non che fosse giudizio né positivo né negativo) io la adattavo alla distorta percezione che avevo di me e la consideravo un'ulteriore conferma della mia inferiorità; in questo modo ho sviluppato un odio e un desiderio di vendetta che, come un boomerang, mi si è ritorto contro. La malattia per me è stata una disperata ricerca di me stessa, ma ho capito che questa non è la strada giusta.

Oggi sono ancora alla disperata ricerca di me stessa, ma questa volta ho deciso di intraprendere la strada che medici, psicologi e tutte le persone che mi amano mi hanno indicato.

È per questo che oggi sono qui, ricoverata alla residenza per Disturbi del Comportamento Alimentare a Todi. Qui ho incontrato persone straordinarie che mi hanno ascoltata, che mi hanno fatto riaprire gli occhi per accorgermi che intorno a me c'è un mondo che aspetta di essere scoperto e una vita che aspetta di essere vissuta. Mi hanno restituito le redini della mia vita.

Ho imparato a trovare rifugio nelle persone care, nella mia mamma e nel mio papà.

Voglio fare pace col mondo, col cibo e con me stessa.

Voglio ritrovarmi, cominciare a Vivere, a sentire le emozioni.

Voglio innamorarmi, ridere, essere felice, soddisfatta; ma anche di piangere, di arrabbiarmi, di rimanere delusa.

Voglio leccare il dolce e l'amaro, assaporare la vita fino in fondo.

Oggi ancora non lo so chi sono, ma qualcuno qui dentro mi ha detto che *chi ha il perché, troverà anche il come*.

Certo, ho tanta paura, ma anche quella fa parte della vita, fa parte della parte amara, ed è un piccolo prezzo da pagare per viverla a pieno.

Perché *“la vita sono anche le nostre paure, ma non dobbiamo permettere a queste di arrestare l'avventura che rappresenta l'esistenza”*.

Da qui uscirà un' Alessia nuova, diversa, autentica, libera.

Non vedo l'ora di conoscermi.

Puoi camminare guardandoti i piedi

E *forse* inciamperai lo stesso.

Ma *di sicuro* perderai un tramonto che si spegne davanti a te,

i disegni di uno stormo di uccelli sulla tua testa,

la danza delle nuvole nel cielo e delle onde del mare.

Oppure puoi camminare guardandoti attorno;

quasi sicuramente inciamperai

ma avrai raccolto i regali della vita.

Ho voglia di parlar di te

Ho voglia di sentirmi libera

Anche se non ho nessuna difesa

Ho tanto bisogno di amare

Ho bisogno di qualcuno o qualcosa,

Di un sorriso e di un abbraccio

Ho tanta voglia di dolcezza

Ho tanta voglia di volare

Vorrei svegliarmi e non essere qui,

accorgermi che è stato tutto un brutto sogno.

Volevo amare un sogno.

Abbracciarlo e stringerlo

Fino a sentirmi sua per sempre

Fuggire via da niente

Là dove non avevo paura.

Per non incontrare qualcuno

Che mi facesse capire il significato

Di questa assurda vita.

Che non provasse a strapparmi
né un sorriso
né una lacrima.
Volevo andare via e non tornare più
Per poi pentirmene e piangere.
Perché questa è la vita!

Ho passato i miei giorni a non respirare.
Senza un senso.
Ho avuto paura di un bacio
Per poi diventare amica della morte.

Perché un bacio è vero...
Una lacrima è vera.
Mentre la mia paura è falsa.
Non esiste.
La paura è quel sogno che mi stringe forte a se.
Tutto è niente.
Ma un raggio di luce in fondo c'è...
Bisogna solo imparare a guardarlo.
Ho paura della realtà
Come tutti gli esseri viventi hanno.
Cos'è un sogno?
Una vita?
E una morte?

Fin ora non ho incontrato
Nessuno che mi risponda.
Ho sentito solo il silenzio...
Forse nessuno ha trovato la risposta
Forse una vera risposta non c'è
Forse ognuno deve trovare da solo
il senso della propria vita,
ricercarla nel suo cuore e nella sua anima.

Costruire la propria felicità
E vivere.

Sì,
vivere
Vivere sempre
Non vivere mai senza la vita.

IX.4 Il controllo *Paola Bianchini*

*Chi vive troppo in un luogo perfetto
finisce per annoiarsi*

Ma la curva scende e la paura avanza, si insinua sottile, sottile il dubbio: ma ce la farò? Più la curva scende più il desiderio scompare, più scompare più affiorano i dubbi...devo controllare ciò che mi accade intorno per riuscire a controllarmi nel cibo, nella paura, nelle emozioni.

Ora sono un po' più preparata, lo so che non devo farmi troppe domande quando sto così, lo so che non sono lucida, che devo attendere che passi... . Io sono io, nella gioia, nella felicità, nella voglia di fare, di essere, di amare, non ho più voglia di stare male.

Non ho voglia di farmi del male come hanno fatto mia sorella, mia madre, mia zia. Una vita di dolore, di impossibilità.

Io non voglio morire. Anche se a volte guardo le mie vene, il mio ginocchio, i miei piedi storti e doloranti, mi guardo mentre ancora mi infilo di nascosto in bocca cucchiari di zucchero e mi dico: ne sei sicura?. Ma dovrò convivere sempre con stà cosa?.

Ditemelo per favore. Che ne dite, prendo un antidepressivo?.

Magari dovevo solamente prendere un antidepressivo.

Forse devo smetterla di ostinarmi a pensare che un giorno arriverà una serenità di bianco vestita.

Questa è la mia serenità, fra la gioia di amare e la paura di amare, fra la gioia di vivere, il terrore di vivere, il sottile, meschino, malefico desiderio che tutto finisca al più presto e il terrore di non avere abbastanza anni per vivere.

Aiuto! Mi annoio da sola!

E voi Signore, Dottoresse dell'anima? Come state?

Io sono così felice di avervi incontrate...

Stamattina ho telefonato a Palazzo per parlare con Mariella mi hanno risposto dicendomi che tutti gli operatori erano a fare meditazione

Ho detto, no, non è possibile, queste arrivano da Marte.

Silvia ha trovato un antidoto alle sue paure, alle emozioni: ed è il controllo. Controlla i suoi stati emotivi, controlla il mondo fuori di sé, controlla come si sente, divenendo il barometro di se stessa. La paura di non essere felice, di non avere un corpo perfetto, di non essere adeguata, la fa vivere da infelice ed inadeguata; l'idea di una vita perfetta è ciò che la mette al riparo dal viverla. Non riesce a vivere l'oggi, a scendere a patti con l'esistenza, a guardare in faccia il corpo reale, l'innamoramento reale, a fermarsi nel momento, deve anticipare tutto in vista di una serenità di bianco vestita che venga a riscattargli l'anima, a cancellare ferite e vecchi rancori. Se la mia vita è significativa, se ha un senso, dipende dal senso che le ho dato io, da ciò che ho avuto il coraggio di significare. Se l'ho significata a partire dall'errore, dal controllo delle sue variabili, non potrò che trovarmi di fronte a conseguenze sbagliate. *“Osservate come crescono i gigli del campo: non lavorano e non filano. Eppure io vi dico che neanche Salmone, in tutta la sua gloria, vestiva come uno di loro”*. Nel discorso della Montagna l'ammonimento è chiaro; chi si preoccupa finisce per non occupare veramente il suo tempo fallendo la propria destinazione. Non c'è modo di mettersi al sicuro, al riparo dal danno o dall'imprevisto, e chi pretende di controllare la propria vita, i propri stati emotivi o il proprio corpo finisce per rimanerne schiavo. Rimane un peccato di presunzione dettare le condizioni alla propria esistenza e l'ansia da controllo rappresenta proprio il tentativo di irrigidire la vita in una smorfia non sua.

Nelle penultime righe, quando Silvia smette di farsi del male o di aver paura, diviene consapevole e più lucida nella sua analisi: *sono così in bilico tra la paura di amare e la gioia di amare, tra la serenità e il dolore sono così... .Come tutti gli esseri umani, fragile e corruttibile*. Silvia dovrà accettare che non esiste un attimo perfetto, una condizio-

ne di serenità dove arrestare la vita, ogni giorno è pieno di tutto, del bene e del male della vita e se c'è un motivo per vivere è proprio per vivere questa pienezza. Bisogna che educiate i vostri figli ad allentare la morsa, spiegandogli che loro è solo ciò che non trattengono e che, chi ama la vita, si sporca le mani per viverla, non rimane un angelo contemplativo, ma piange, si dispera per capirla o per accettarne il mistero e forse alla fine dei suoi giorni morirà ancora vivo.

Il controllo è il contrario di questo spazio di apertura, il controllo rassicura perchè irrigidisce, sembra tenere fuori tutto l'imprevedibile e il doloroso del mondo. Certo è, che ciò che si è tenuto fuori dalla porta, quel mondo da cui si fuggiva; reclamando il suo tributo di vita rientra ancora più violentemente dalla finestra. Per questo è importante che questi figli vengano incoraggiati a far rientrare la vita anche, e soprattutto, con le sue disillusioni. Non si possono creare dei vincoli per vivere, il patto di alleanza tra l'uomo e l'esistenza è senza sè e senza ma. Non devo avere un peso ideale, o un corpo ideale o una vita fantastica per vivere, altrimenti resto prigioniero e sotto scacco delle determinazioni esterne. Bisogna scegliere da che parte stare: se dalla parte della malattia o della salute, dalla parte della verità e dell'autenticità, della falsità e dell'inautentico.

Tutto questo ha un costo, si paga un prezzo per le proprie scelte, e chi pensa di mettersi al riparo non scegliendo, si condanna alla fine più ingrata, quella di essere scelto: dagli altri, dagli eventi, dal sintomo. Dovete allearvi con la vita e andare a riprendere i vostri figli; a poco a poco, con l'astuzia di un serpente e la purezza di una colomba, cita il Vangelo, dovete far breccia sul sistema difensivo e da quella fessura far rientrare, il mondo, gli amici, le parole, i sapori, i colori dell'esistenza.

X.5 L'ossessione Paola Bianchini

*Chi guarda fuori sogna.
Chi guarda dentro si risveglia*

Gentilissimi,

sono la mamma di Caterina che è ricoverata presso la residenza Francisci dal 18 dicembre. Ho avuto il piacere di conoscervi ieri mentre vedevo la trasmissione su Raisat nella quale c'era anche una intervista a mia figlia. Ho sentito che lei parlava dell'Associazione Mi fido di te, associazione alla quale mi sono iscritta ma che non ho mai frequentato negli incontri da voi previsti il sabato mattina per rimanere accanto al mio figlio più piccolo che come potete ben immaginare ha avuto un crollo dopo il ricovero della sorella.

Ho avvertito la vostra passione nel dire che le famiglie vanno supportate ed io credo di essere arrivata al limite...ho bisogno di essere aiutata perchè ultimamente sono presa da angosce devastanti e invasive anche più forti e persistenti di quando mia figlia è entrata nella vostra struttura, quando in situazione definita dalla Dott.ssa Dalla Ragione drammatica rischiava la vita. Ora che vedo gli innegabili progressi, ora che la osservo a piccoli passi ritornare alla vita, proprio ora che è già stata due volte a casa dove abbiamo vissuto indimenticabili emozioni. Proprio ora...io sragiono. Forse perchè la sento recitare quasi tutte le sere per telefono la sua teoria: "mamma è solo l'inizio del percorso di guarigione, il comportamento è corretto ma il pensiero è ancora ossessionato dal cibo...chissà se guarirò veramente...forse sarò uno di quei casi senza speranza. Sono in preda alle ossessioni". Quando la sento dire queste cose non riesco a razionalizzare la paura e a trovare le energie positive per andare avanti e temo di influenzare negativamente il suo percorso, la serenità di mio figlio, l'amore che ho per mio marito. Cosa mi consigliate?. La determinazione delle vostre parole mi ha dato un po' di sicurezza.

Riusciranno Caterina e la sua famiglia a guarire, tornerò ad essere ottimista e fiduciosa come sono stata per 47 anni? Ricorderemo tutto ciò come un evento orribile della nostra vita che ci ha aiutato però a diventare migliori e più uniti? Grazie, grazie ancora a tutti voi e non solo per quello che avete fatto per Cate ma per l'esempio di passione e disinteresse che rappresentate.

Uno dei temi degli incontri con i genitori nei “Sabati dell’Associazione” riguarda, proprio, l’ossessione; rimane importantissimo spiegare che cosa sia e in cosa consista l’ossessione, per togliere tutte quelle idee distorte che vedono nel disturbo alimentare un vizio, una cattiva volontà, qualche cosa che viene fatto proprio per opporsi all’unità della famiglia, dal proprio figlio. L’ossessione è uno sguardo fisso sul fuori da se stessi, su un *pensiero-oggetto* che si sostituisce alla vita.

I vostri figli non ce l’hanno con voi nella malattia, almeno non più di quanto ce l’abbiano con loro stessi, non la imputano a voi, per molto tempo rimangono incapaci anche di vederla questa patologia, tanto potente ed invasiva è l’ossessione. In questo possesso, risiede la caratteristica principale del sistema ossessivo, nel pensiero libero siamo noi a decidere le condizioni di ciò che pensiamo, nell’ossessione è lei che pensa per noi. Questo è ciò che fa uscire i vostri figli alle ore più impossibili e sotto il sole cocente per fare chilometri a piedi o che li fa andare avanti mangiando una zucchina bollita e una mela al giorno o al contrario li fa uscire in cerca di supermercati da svuotare o frigoriferi da saccheggiare. L’ossessione diviene padrona e più è potente e meno sono potenti loro di loro stessi e delle loro azioni; questo significa che non riescono ad opporsi, non che non vogliono, non possono, è un’impotenza meno evidente di quella fisica (essere per esempio in carrozzella) ma non per questo meno invalidante. Un’altra falsa convinzione che ruota intorno al Disturbo del Comportamento Alimentare è quella che “*lo vogliono loro, ad un certo punto della loro vita, volevano avere un corpo perfetto e si sono ossessionate sul peso e sul cibo*”. Il problema è che il soggetto in preda ad un’ossessione è incapace di volere, di scegliere, anzi viene scelto, viene voluto dalla malattia, quindi è non solo sbagliato, ma nocivo, rimproverare questi pazienti dicendogli che sono loro che lo vogliono. Tutto questo oltre a farli sentire impotenti non

farà che aumentare il senso di colpa; essendo il senso di colpa, vissuto anche come profondo senso d'inadeguatezza, uno degli elementi fondativi di tale disturbo, è bene non andarlo a rinforzare MAI.

Portiamo sempre l'esempio della casa che va a fuoco: se una casa va a fuoco e io vedo la porta per uscire e la finestra aperta su di un baratro per salvarmi, se scelgo la finestra allora sì ho deciso di farmi male, ma se vedo solo la finestra, la mia non è una scelta, esistendo un solo termine non ho scelto che ciò che ero obbligato a scegliere.

Questo è ciò che accade ai vostri figli, non hanno scelto di ammalarsi, non si sono ammalati per essere più belli e somigliare ai modelli/e, ma non avevano altra via d'uscita, almeno hanno pensato, creduto che l'unica maniera per poter tollerare un'ansia, un'angoscia intollerabile, fosse entrare nel mondo ordinato e fobico dell'ossessione. L'ossessione è una gabbia, un muro messo contro il mondo, tuttavia proprio per queste caratteristiche è anche qualche cosa che protegge. Chi è convinto che volere è potere si sbaglia. La nostra volontà deve prima incontrare i propri limiti. Chi crede di poter tenere in pugno la sua forza di volontà, deve prima mettersi a confronto con il suo lato oscuro; deve accettare che nel suo intimo ci sono zone che non cadono sotto il dominio della propria volontà⁵³. Si può ascoltarle, per riconciliarsi e dargli un'altra destinazione. Con la nostra ombra oscuriamo la vita, se invece attraverso la crisi, avanziamo verso l'autenticità della nostra esistenza, allora qualche cosa si rischierà e in quella luce sceglieremo, quindi inizieremo a volere.

⁵³ Cfr. A. Grun, *Il libro dell'arte della vita*, ed. cit.

IX.6 Il rito *Paola Bianchini*

*Non rischiare nulla significa mettere
In gioco la propria anima
S.Kierkegard*

39 volte tre

39 volte x tre

Sempre prima di mangiare devo sciogliermi i capelli e poi li devo legare, ancora una volta e poi basta. Poi devo masticare contando fino a tre cioè tre volte tre. 3x3.

Perfetto. Ora sono pronta meglio l'astinenza, il cibo è veleno, mi avvelena e mi deforma, bisogna che lo renda incapace di ferirmi. Tre volte 39. Mi rassicura, potrei addormentarmi, potrei anche morirci, il senso di colpa mi ammazza se solo salto un passaggio, il rito deve essere svolto perfettamente. Caterina

Il rito è perfezione, ordine da opporre al disordine, al caos, al caso. Il rito protegge e rassicura, attraverso il suo espletamento l'uomo pensa di aver pagato il proprio tributo di sacrificio e gli verrà risparmiato quel residuo che richiede il mondo.

Il cibo è veleno, avvelena andando a compromettere quell'immagine ideale che serve da sponda all'identità. Per purificarsi bisogna inserirla in una cornice perfetta, la perfezione si manifesta nel controllo, nell'efficacia del controllo e guai ad interrompere un rito, tentare di sottrarsi; il senso di colpa ucciderebbe.

Nel Disturbi del Comportamento Alimentare i riti prendono il posto della vera vita, fanno da padroni, si sostituiscono sia al soggetto dell'esperienza, sia all'oggetto dell'esperienza: divengono mondo ed identità. Non è un caso che nel raccogliere la biografia di certi pazienti, ci si senta raccontare anni passati come se fosse un' unica giornata, sempre la stessa, scandita dalla corsa, dalle abbuffate, dalle ore di palestra

o dal vomito o dalla restrizione. Tutta il residuo di vita che ruota intorno al sintomo, è ripetizione, eterna ripetizione / protezione di gesti ed azioni volte ad alimentare il disturbo. Per questo, rimangono vani i tentativi dei genitori che tentano con le armi della ragione o anche con mezzi di opposizione di arrestare il rito, di mettersi di fronte alla porta per evitare le uscite da iperattivismo o chiudere le porte di accesso al bagno, per evitare il vomito autoindotto o altre decine di esempi. Il rito non si arresta, se non si sospendono le ragioni profonde che lo alimentano, tuttalpiù si sostituisce.

Dentro la cornice protettiva del patto terapeutico, il rito si può scalare, perché qualche altra cosa (*la fiducia verso i propri terapeuti e verso il gruppo*) si è andata a sostituire alla cornice di protezione a cui assolve. Riconoscere le ragioni a cui assolve quel rito particolare è già un punto a vantaggio della lotta al disturbo. Analizzando il rito di Caterina resta evidente la dialettica del legare e lo sciogliere (i capelli) che tradotto dal linguaggio metaforico potrebbe essere la paura, il timore e tuttavia la necessità ad abbandonarsi (*sciogliersi, lasciarsi andare*) al desiderio (in questo caso di mangiare) e quello di legarsi (*inibirsi, controllare, tale desiderio*).

Nel momento che i familiari acquistano queste competenze, in grado di leggere le azioni compulsive dei propri figli, molte energie nuove si sprigionano per mettersi al servizio della guarigione; di contro mettersi ad un inutile quanto inefficace testa a testa con il rituale, con il sintomo a loro intimamente connesso, serve solo ad irrigidire i confini già troppo angusti della veduta esistenziale dei pazienti. *Non ci si difende, infatti, dalla vita chiudendola, solamente nel progetto e nella dimensione di apertura può scaturire quella consapevolezza di sé in grado di sostenere le frustrazioni che ogni esistenza reca.*

Nella ritualità della malattia si tenta di ripulire l'esistenza controllando tutte le variabili che potrebbero introdurre una novità, si pensa così di poter pervenire ad uno spazio psichico ed esistenziale ordinato. Il risultato è un'identità lacerata, paurosa, che non è riuscita ad affrontare la prova dell'esistenza. Non c'è modo di sfuggire al dolore, dimensione peraltro ineludibile della condizione umana, il dolore si combat-

*te con il dolore, solo così l'identità riesce a dominare sulle determinazioni dell'esistenza e da schiava diviene libera*⁵⁴. La vita è rischio, e come ricorda William Shed: *“una nave che rimane in porto è sicura, ma non per questo si costruiscono navi”*. Vivere è accettare il rischio ad essa connesso, laddove c'è molta sicurezza non fluisce la vita, il nuovo, ci si accontenta di vivere come abbiamo visto vivere i nostri genitori e prima di loro i genitori dei nostri genitori. Se l'uomo non avesse osato, non avesse lasciato tutto ciò che conosceva accettando il rischio dell'ignoto non ci saremmo evoluti. Come le navi, anche l'uomo non è fatto per rimanere sicuro nel porto. Deve osare per vivere, l'anima può vivere solo se rischia se stessa, altrimenti sopravvive.

Rischiare significa iniziare qualcosa non sapendo come andrà a finire. Un sinonimo è azzardare. La parola tedesca per azzardo, Wagnis, rimanda a Waage, bilancia: metto qualche cosa sulla bilancia senza saperne il risultato⁵⁵. In ogni incontro affronto un rischio del genere: metto me stesso nella bilancia, oso sfidare l'ago e la sua risposta. Mi bilancio quindi scelgo e nella decisione mi fondo, mi strutturo. Ecco la metafora del Disturbo Alimentare i nostri pazienti si ossessionano con il peso: la paura è nel peso della scelta ovvero nel peso dell'identità.

⁵⁴ P. Bianchini, L. Dalla Ragione, *“Il cuscino di Viola”* edizioni Diabasis

⁵⁵ Cfr. A. Grun, *Il libro dell'arte della vita*, ed. cit.

IX.7 Desiderio Infinito *Paola Bianchini*

*Non volgerti fuori di te,
ma ritorna in te stesso.
Nell'intimo dell'uomo risiede la verità.
E se troverai la tua natura mutevole,
volgiti anche oltre te stesso.
Sant'Agostino*

*Stamattina pensavo fra me e me nel letto appena aperto gli occhi:
ho capito perchè la gente non è felice, perchè la felicità fa paura: se sei
triste è più facile, pensi che al massimo sarai sempre più triste e poi
forse andrà un po' meglio e insomma ci puoi sguazzare bene facendo un
po' su e un po' giù ma essere felici, cazzo, essere felici è difficilissimo,
essere felici e rimanere felici, senza farsi prendere dal panico, mio Dio
è meglio tornare un po' tristi perchè tanto fra un po' finirà questa felicità,
vedrai, accadrà qualcosa e finirà... .
ma io sono felice come non lo sono mai stata nella mia vita anche se
la mia zia amata mi ha lasciata qualche giorno fa e questa vita è
incomprensibile e la misura dell'amore è sempre la perdita e io devo
recuperare questo gap, devo amare prima di perdere, prima che sia
troppo tardi, prima che arrivi quel giorno e mi senta costretta a dire,
ma glielo avrò detto che l'amavo, l'avrà capito?
sono follemente innamorata, sarà normale? sarò bipolare? forse sono
nella fase up...amo in un modo sbalorditivo che ogni tanto mi chiedo
ma cosa è successo, stai bene? sei sicura?
E com'è che le cose vanno così bene? È possibile?
E poi d'un colpo, la gioia nel cuore scompare o meglio sfuma sino a
lasciare il posto in prima fila alla rognna
sono rognosa
me la sento la rognna che mi gira in corpo
arriva così, pare inaspettata*

ogni volta te la dimentichi dall'ultima volta che è arrivata e invece ad un certo punto si insinua, silenziosa e subdola e quando te ne rendi conto ormai è troppo tardi, non la fermi più

meno male che c'è il modulo, sennò non so come finirebbe, arrivo ad un certo punto che piano piano mi ri-arrendo, soccombo, sotto l'incapacità di dire No, non farlo, non ne hai bisogno e intanto mi porto davanti alla porta del bar, non farlo, fammi vedere per una volta che puoi sopportare il momento senza farlo e sono dentro il bar, per favore no, e ho ordinato una colazione

Paola l'altra volta mi hai detto, non dovrești raccontarmelo, dovrești lasciarlo andare così, che male c'è

Hai mangiato, bene, fa parte della storia se ci metti tutta sta attenzione non va bene

Ma io mi cago sotto, se sento che inizio a ravanare il frigo a sera tardi quando tutti sono già a letto

mi cago sotto se penso nell'angolino della mia testa border uhm che bello, domenica andiamo dalle amiche, si mangerà!?. Dico terrorizzata e poi la vocina...uau...si mangerà...dice lieta...io sono stufo di questi dialoghi schizofrenici, non li voglio più è snervante... .

Lo sento: va bene, va bene, va bene...poi un dubbio, una difficoltà, un imprevisto, una sorpresa e...tutto riassume un aria greve...torno piano piano sui passi malefici, torno a pensare di aver bisogno di mangiare per sopportare la realtà... .

Dunque, questa volta sono tornata (da Todi, ndr.) con qualche pezzo in più...

Sicuramente le parole della dietista mi hanno dato una gran botta: "basta, smetta per un po' di perdere peso, si occupi solo di mantenerlo, l'equilibrio in questo, ha già mostrato di averlo, continui così..."

Sta roba mi ha cambiato la vita, mi ha alleggerita dal pensare al peso...ha funzionato, mi sentivo quasi libera e serena.

Poi la realtà si complica per un qualsiasi motivo ed io sento piano piano, lentamente, come la ruota di un tir forata da uno spillo, soffiarmi via le forze e più si svuota e più cerco sostegno nel cibo, come dire...metto una toppa, salvo la nave.

Lo sento, lo sento bene, coi contorni ben definiti che il cibo è stato il mio grande sostegno ed è difficilissimo separarsene, perché separarsi da una cosa che ti ha salvata dal baratro?

È una contraddizione terrificante.

Lo so, lo so bene perché me ne voglio separare, ma ho bisogno di aiuto per farlo, ho tanto bisogno di aiuto, senza Todi non so come farei oggi. Mi irrita da morire sentire il bisogno di sedare l'ansia attraverso "il ciucciaggio di zuccheri".

È così, non c'è niente da fare, è proprio così.

Certo, è cambiato tantissimo, non mi scofano più l'universo mondo, sono consapevole del cambiamento, così come sono consapevole che sono in un percorso

Ecco, ricordarmi questo mi ricontestualizza la realtà, la fatica, il momento

Ma cosa pretendo? Silvia

Esiste una volontà tirannica di controllare la dialettica che ruota intorno al desiderio nei Disturbi del Comportamento Alimentare. Il desiderio, per sua stessa natura, deve sempre fare i conti scomodi con la perdita e con la sua frustrazione; infatti nessun desiderio si esaurisce mai con l'ottenimento del proprio desiderato, di contro vive in un'eterna altalena di rimandi che sfuggono ad ogni volontà di controllo. Il desiderio onnipotente di controllare la propria fame o di contro il desiderio infinito del Bed, desiderio di mangiare tutto ciò che è umanamente possibile per esaurire ogni altra richiesta, sono tentativi vani, votati al fallimento. In questo contesto il *corpo* diviene il rifugio, il teatro dove sperimentare le emozioni che nella vita non si riescono a tollerare. Irene dà un tempo alle proprie emozioni, ne controlla la durata, quando decide che basta, è lei la sola a decretarne la fine. Il problema che ruota intorno alla propria vita emotiva è proprio questo: sentiamo che non possiamo controllare le nostre emozioni e, incapaci di sostenerle dall'interno, tentiamo un controllo esterno. Parafrasando Seneca, potremmo dire che le emozioni, così come le avversità, non le affrontiamo perché sono difficili, ma sono difficili perché non le affrontiamo.

*Convivere con le proprie passioni presuppone una scelta coraggiosa, che riesca a mettere in conto la possibilità della propria disillusione; ciò che rende autentica una emozione non è il risultato che sembra indicare, ma la domanda che cela*⁵⁶. Per questo motivo la paura di Silvia non è solamente nelle proprie emozioni, ma anche nei propri sogni, nei propri desideri. Troppo grande la minaccia del fallimento. Il controllo del cibo e il controllo del peso, la lotta tra il corpo reale e il corpo ideale, tra il pasto quotidiano e il pasto straordinario, sono metafore, struggenti e raffinate della lotta che l'uomo da sempre deve fare con se stesso per vincere le proprie passioni.

Per questo la sofferenza è così grande perché è come cercare di svuotare un oceano (*quello del desiderio*) con un secchiello di acqua; libero dalle proprie passioni è solo colui che si permette di cedergli senza soccombere. In un'intervista rilasciata in occasione del suo novantesimo compleanno, il filosofo ateo Ernest Bloch ha affermato: "*nel corso della mia vita ho scoperto che il desiderio dell'infinito è l'unica qualità sincera dell'essere umano*" L'uomo può mentire su tutto. In ogni aspetto della propria esistenza può mescolare qualcosa di falso ed autentico, solo per il desiderio d'infinito non sono possibili manipolazioni⁵⁷. È molto difficile ascoltare il proprio desiderio profondo nascosto tra tanti desiderati. In una sua poesia Rainer Maria Rilke ha dato voce all'idea secondo la quale ognuno prima di essere spedito nella notte del modo viene dotato di una frase da portarsi dietro:

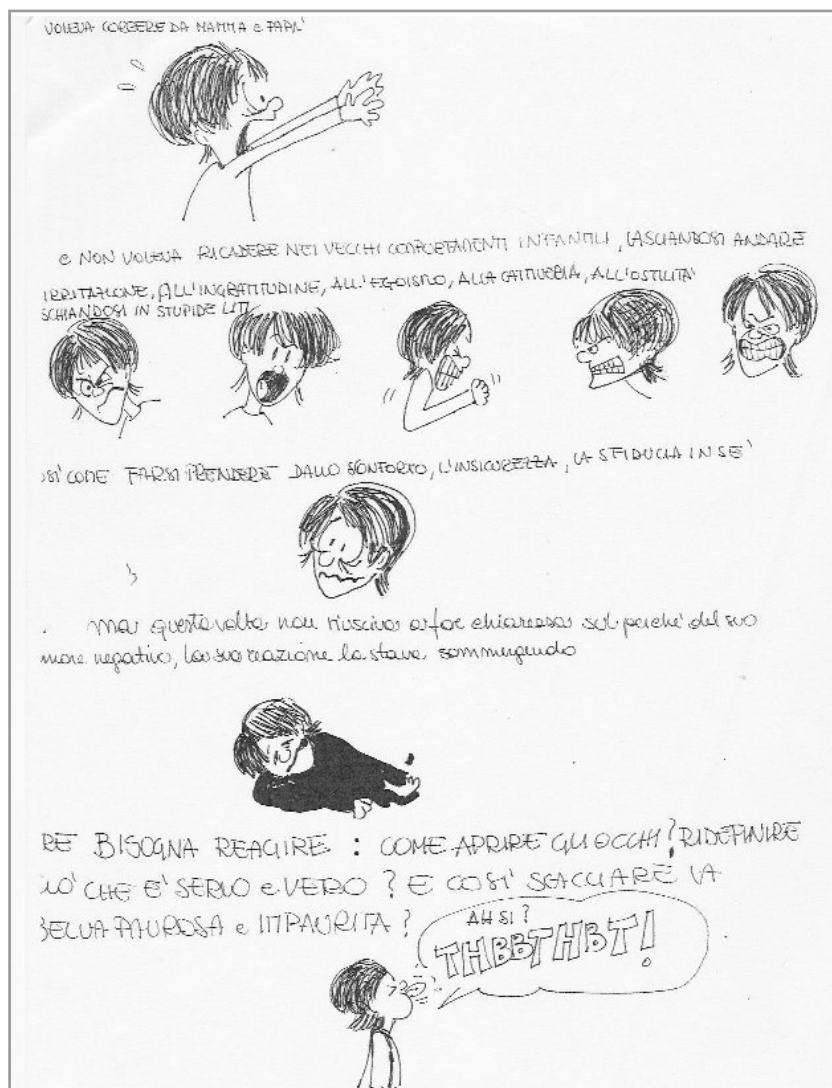
*Spinto fuori dai tuoi sensi,
vai al margine del tuo struggimento;
ricoprimi con una veste*⁵⁸.

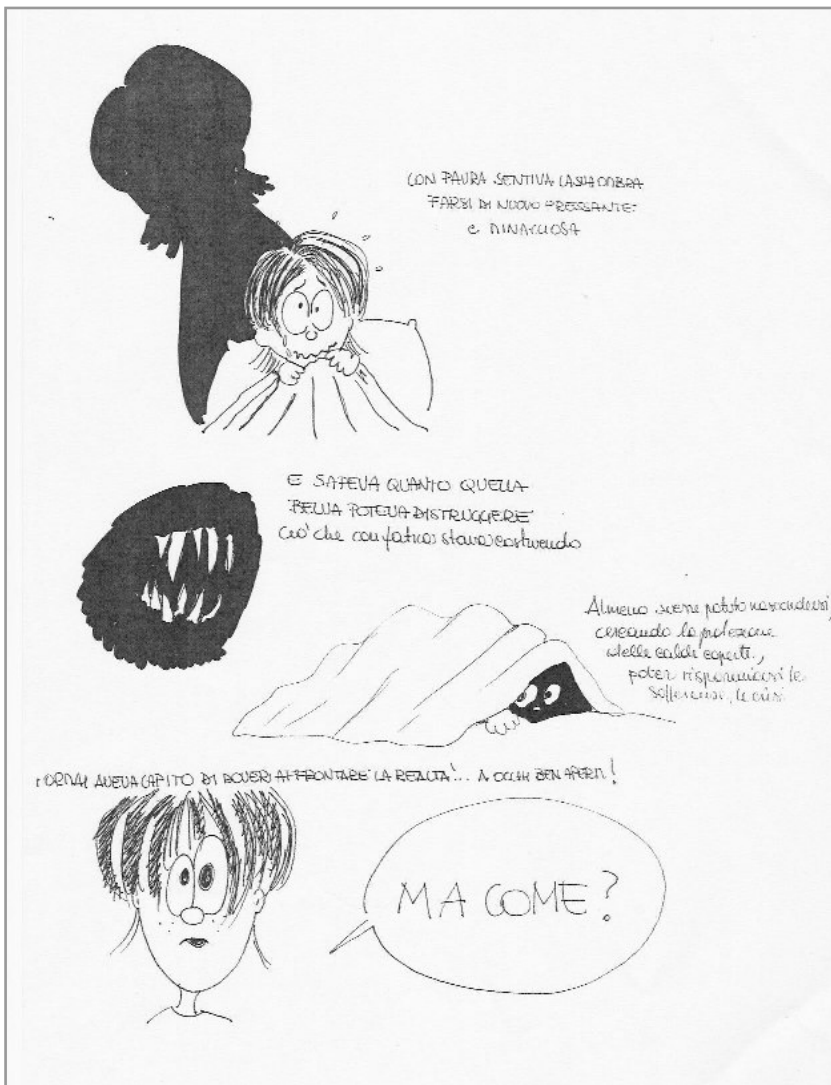
L'uomo è nudo ed anela ad una veste. La veste è *il desiderio d'infinito*, trascendere il semplicemente dato, ma l'uomo poveramente confonde, *il desiderio d'infinito con il desiderare infinitamente*.

⁵⁶ P. Bianchini, L. Dalla Ragione, "Il cuscino di Viola" ed. cit.

⁵⁷ Cfr. A. Grun, *Il libro dell'arte della vita*, ed. cit.

⁵⁸ Ivi





CAPITOLO X

LA PREVENZIONE

*Non si tratta di informare.
di travasare nello spirito di coloro che ascoltano
un certo contenuto teorico,
ma piuttosto di formare
si tratta di sviluppare una ricerca in comune:
questa è la via teoretica*

X.1 I progetti della Associazione nelle scuole *Paola Bianchini*

Molte forme, che il disagio giovanile sta assumendo nella nostra società, risultano essere il risultato di povertà di linguaggio, di pensiero e frutto di un debole senso identitario. Il processo di costituzione dell'identità che dovrebbe essere il risultato di un lavoro severo e paziente di domande, esperienze e valori, di contro risulta essere un frettoloso ripiegamento su se stessi, condizionato dai modelli culturali veicolati dai media e dal gruppo dei pari.

In questa prospettiva, il ruolo della Scuola come agenzia di formazione e di educazione a valori altri risulta essere decisivo; venendo meno, una visione antropologica che consenta di affrontare i problemi relativi all'esistenza, da un punto di vista più globale tenendo conto di ciò che l'uomo dovrebbe essere; i problemi, i dubbi, le disillusioni a cui ogni esistenza è sottoposta, vengono affrontati più dal punto di vista del *fare* che dell'*essere*.

Alla ricerca di questo senso perduto, la Scuola dovrebbe rivolgersi accogliendo le domande degli studenti, guidandoli verso la formazione di un buon sentimento identitario e una rinnovata fiducia di sé.

Ricordando un noto aforisma di Bernanos il quale ammoniva la società dal dimenticarsi di educare lo spirito dei giovani: “*poiché quando lo spirito dei giovani si raffredda tutta l’umanità batte i denti*”. La cronaca quotidiana si occupa ormai giornalmente di fatti che vedono protagonisti adolescenti disorientati; implicitamente in ogni atto di violenza verso se stessi o verso gli altri, questi giovani chiedono aiuto, alla società, alla famiglia e alla Scuola, le risposte spesso risultano insufficienti, bisogna interrogarsi in maniera radicale su questo disagio, in modo da proporre un’idea di educazione che sappia accogliere le contraddizioni del proprio tempo e non le respinga senza aver cercato una possibile soluzione. In tal senso la nostra offerta formativa si è arricchita di programmi sulla comunicazione, identità e autostima.

L’obiettivo è presentare ai ragazzi degli strumenti di lavoro psicologici, filosofici ed esperienziali per interrogarsi sul processo di costituzione di sé; ciò risulta essere decisivo per fronteggiare le sfide e le difficoltà che l’esistenza, inevitabilmente, imporrà loro.

Obiettivi:

- sviluppare le proprie potenzialità creative analizzando tutte quelle dinamiche che impediscono di trovare alternative nelle situazioni difficili e imparare ad applicare quelle che favoriscono la produzione di nuove soluzioni.
- aumentare la propria consapevolezza emotiva e cognitiva individuando quegli ostacoli che impediscono di capire quelle idee, quelle emozioni, che creano confusione e ostacolano lo sviluppo identitario.

Nella formazione dei docenti abbiamo affrontato i temi dell’identità, disagio giovanile, nuove forme di sofferenza nei giovani. Tra gli obiettivi, quello di migliorare la qualità della comunicazione con gli adolescenti e quello di sviluppare maggiore adattabilità e comprensione verso gli stili di vita di cui sono portatori. Fornire strumenti teorici e pratici per il lavoro con gli adolescenti problematici e non, per aumentare la loro consapevolezza, individuare i propri compiti e sviluppare le proprie competenze.

Dall’analisi del linguaggio, all’analisi del contesto (come è fatto il mondo intorno a loro) per arrivare alla consapevolezza delle proprie

competenze e del proprio ruolo. Distinzione tra identità e ruolo sociale. La comunicazione con se stessi e la comunicazione sociale, assunzione di responsabilità del ruolo che si assume nel dialogo, educare a fare gruppo. La gestione del conflitto. La comunicazione conflittuale (e tu allora?) e la comunicazione come relazione. Questi alcuni dei temi, accennati sinteticamente, che si sono trattati durante la formazione nelle Scuole.

Rimanendo convinti che promuovere una cultura scolastica che educi ai valori, alle scelte, ancorata ai bisogni profondi e ai cambiamenti che le nuove generazioni stanno vivendo, risulta essere la via privilegiata alla prevenzione del disagio giovanile.

C'è bisogno di risposte articolate su più livelli d'indagine, per capire e sostenere le contraddizioni spesso anche molto faticose che la società impone ai nostri giovani.

X.2 Il senso della formazione: educare ai valori *Chiara De Santis*

Negli anni Settanta Karl Rogers scriveva: *non c'è dubbio che la malattia del nostro tempo sia la mancanza di ideali, l'assenza di un ruolo significativo, il rifiuto di ogni impegno da parte degli individui*⁵⁹; la situazione non sembra essere migliorata. Lo scenario all'interno del quale opera chi lavora nelle scuole e a stretto contatto con gli adolescenti è ancora questo, al punto che due sociologi, Miguel Benasayag e Gérard Schmit, hanno utilizzato per definire la nostra società l'espressione "epoca delle passioni tristi", dove la tristezza fa riferimento proprio al senso di impotenza e alla sensazione di disgregazione sempre più diffuse.

Se fino a qualche anno fa, infatti, si avvertiva ancora la certezza che la crisi potesse essere superata, attualmente si sente sempre più spesso parlare di "crisi nella crisi", quasi a voler sottolineare che la situazione critica non è più temporanea ma generalizzata e l'unica possibilità è ormai rappresentata dal tentativo di mantenere un equilibrio, seppur precario, rimanendo in balia degli eventi. Si registra inoltre la progressiva perdita del senso di una continuità storica, quel *senso di appartenenza ad una successione di generazioni che, affondando le radici nel passato, si proiettava nel futuro è stato sostituito dalla sempre maggiore attenzione alla propria singola, individuale situazione presente*⁶⁰: si vive per sé stessi, per la propria realizzazione, per la propria felicità, per la personale affermazione. L'investimento nel rapporto con l'altro che richiede cura, attenzione, tempo da dedicare, troppo spesso viene sostituito da rapporti all'insegna della superficialità, guidati dalla necessità di evitare tutto ciò che richiede un impegno, vissuti attraverso la dimensione virtuale delle chat e dei telefoni cellulari, il tutto all'insegna del divertimento, sempre e ad ogni costo, perché l'importante è sfuggire alla noia che invade i pomeriggi e le menti, quando non si ha altro da fare.

⁵⁹ K. Rogers, *Libertà nell'apprendimento*, ed. Giunti-Barbera, 1975.

⁶⁰ M. L. De Natale, *Genitori e insegnanti, Vivere i valori*, ed. La scuola, Brescia 1999.

Sicuramente un'analisi di questo tipo rischia di essere riduttiva perché si limita ad evidenziare gli elementi negativi e dimentica di ricordare che ci sono molti, per fortuna, elementi positivi che caratterizzano ancora il mondo adolescenziale. Altrettanto riduttivo, e soprattutto inutile, sarebbe altresì fingere di non accorgersi della situazione di crisi dei valori e di indebolimento della costruzione di un sentimento identitario e della ricerca di una dimensione di senso le cui conseguenze sono, purtroppo quasi ogni giorno, sotto i nostri occhi.

Inutile, ma soprattutto dannoso, perché riconoscere che esiste un disagio è di certo il primo passo per cominciare a fare qualcosa per affrontarlo: questo è il senso e il valore della formazione.

Il compito di formare non vuole, e non deve, mai essere inteso come un voler plasmare l'altro senza tener conto dell'altrui sensibilità, imponendo regole e comportamenti ma si costituisce proprio nell'aiuto affinché l'altro riesca a trovare una via per esprimere ciò che altrimenti rischia di rimanere inespresso o, peggio ancora, di venire frustrato. Attraverso un'adeguata formazione, che coinvolga tanto i formatori, quanto i formati, entrambi agenti attivi all'interno del complesso processo formativo, diventa, così, possibile recuperare un nuovo senso dell'esistenza, basata sul dialogo interpersonale, sull'investimento di tempo e risorse, sul riconoscimento del valore del dolore e della sofferenza come *condizioni privilegiate per scoprire dimensioni di vita significative e per forgiare la propria identità*⁶¹. Per la formazione diventa così centrale l'educazione ai valori, la riscoperta della dimensione valoriale come dimensione fondante l'intero corso di un'esistenza, mediante la restituzione ai valori di una consistenza e di una rilevanza. Il valore della scelta, il valore dell'impegno, della fatica in funzione di uno scopo, il valore della sofferenza e perfino quello di un fallimento diventano gli elementi costituenti un serio impegno formativo.

⁶¹ G. Mollo, *A scuola di valori, Una metodologia per la formazione del carattere morale*, ed. cit.

Bisogna ricominciare a sostenere l'importanza della scelta come momento costitutivo della vita di ognuno, a qualsiasi età, incoraggiando a prendere decisioni in modo coerente e sottolineando come non si possa vivere una vita veramente libera se non decidendo da che parte si vuole stare e rimanendo fedeli alla propria decisione. Come sottolinea Allport, la direzione che ha preso o la meta che si è prefissa sono il *cemento* che tiene unita la nostra vita, impedendole di frantumarsi nella dispersione del non senso: questo orizzonte di senso va recuperato, soprattutto va comunicato ai ragazzi, agli adolescenti che vedono troppo spesso le loro aspirazioni mutare nel breve giro di pochi mesi. Non è sempre facile parlare di valori, non è una "mossa di successo", il rischio è quello di venire fraintesi o derisi, di essere accusati di proporre approcci datati o superati, ma quando si vedono i danni che una patologia come quella dei disturbi del comportamento alimentare può provocare e ci si preoccupa di trovare una strada che permetta di fare qualcosa prima che questi si sviluppino, per cercare, in qualche modo, di prevenirli, ci si rende conto che l'unica barriera che un ragazzo o una ragazza può opporre ad un disturbo tale è rappresentata da un sentimento identitario forte.

Se un ragazzo riscopre il valore della sofferenza e della delusione, saprà che nessun fallimento farà mai di lui un fallito; se una ragazza crede nelle proprie capacità non arriverà a pensare di dover meritare l'amore di nessuno; se si apprende che nella vita non sempre si possono porre condizioni alla propria felicità e alla propria realizzazione e che alle volte è necessario, e forse giusto, scendere anche a compromessi, non si avrà paura di cercare o sperimentare un'alternativa al progetto iniziale. Nelle scuole, parlando con i ragazzi, molto spesso li sentiamo ripetere di essere in cerca di una vita felice, una vita realizzata, con una bella casa, una bella macchina, un lavoro che dia soddisfazioni e denaro e viene da chiedersi che cosa ci sia di male in tutto questo: il problema non è tanto nel loro legare la felicità a qualcosa di materiale, non solo almeno, il problema vero è che non importa il come ottenere tutto ciò e, ancora più grave, non interessa il perché. In greco la parola *eudaimonia*, che vuol dire felicità, letteralmente significa "buon demone", perché è veramente felice solo chi ha realizzato la sua più

propria natura, quindi chi avrà trovato una corrispondenza maggiore tra ciò che sente, ciò che vive e ciò che è. Appare così chiaro perché il vero problema non sia il tanto criticato materialismo dei giovani, ma la ben più grave scomparsa dal loro orizzonte dell'interrogarsi sul significato di ciò che chiedono a sé e agli altri. Heidegger sosteneva che *ogni uomo è il risultato di ciò che sa pretendere da se stesso*⁶², ma se si abbassa il livello della domanda, se ci si accontenta rinunciando a scegliere, se si permette alle delusioni di vincere, annullando i progetti e rinunciando per paura ad intraprenderne di nuovi, è facile cadere nella noia, nel non-senso, rifugiarsi nel divertimento, nella ricerca di sempre nuovi passatempi perché il silenzio fa paura. Al contrario bisogna alzare il livello della domanda e scegliere la misura alta, riscoprendo il valore di ciò che si sente e di ciò che si vuole e facendosi carico del compito più grande, quello di conoscere sé stessi, perché solo chi è in dialogo con se stesso sarà capace di ascoltare gli altri e si aprirà al mondo. Nei confronti di una società che confonde le merci con i valori e incentiva la competizione, il mito del successo ad ogni costo e soprattutto subito, perché ciò che conta è solo l'oggi, è giusto e doveroso intraprendere un cammino controcorrente che riscopra il senso e il valore della pazienza e del silenzio. Se il valore non è semplicemente un bene da potersi mettere in tasca una volta per tutte, ma un cammino da intraprendere, è bene sapere e ricordare che ogni cammino richiede tempo, mezzi, fatica e volontà di andare avanti, perché la strada migliore spesso è proprio quella che ci richiede più impegno e ci costa di più ed è un percorso graduale lungo il quale non conta tanto il traguardo né dove saranno i nostri piedi, ma dove è rivolto lo sguardo. Non esistono percorsi vincenti né il traguardo rende una vita migliore o peggiore, è la domanda che si cela in ogni esistenza, animandola dall'interno a fare la differenza, e se quella domanda sarà stata autentica, non basterà una risposta deludente ad annullarla.

⁶² Cfr. P.Bianchini, L. Dalla Ragione, *Il cuscino di Viola. Dal corpo nemico al corpo consapevole*, ed. cit.

Come scrive Rilke nelle “*Lettere ad un giovane poeta*”, *non ricerchi ora le risposte, che non possono esserle date perché non le potrebbe vivere [...] ora viva le domande. Forse così a poco a poco, insensibilmente, si troverà un giorno lontano a vivere la risposta*⁶³.

X.3 Il valore della prevenzione: libertà e responsabilità

Emanuela Falconi

La libertà è una condizione indispensabile nel processo di costituzione identitario è ciò che libera l'uomo dal determinismo; dell'esistenza; superficialmente la libertà è avvertita come assenza di limiti ma in realtà è assunzione di responsabilità nei confronti della propria vita.

Il *grado di libertà* di cui l'uomo dispone oggi, è maggiore rispetto al passato, ma questo oltre ad essere un fatto positivo, rischia di confondere l'individuo e magari imprigionarlo in una molteplicità indecifrabile di possibilità; chi non sa scegliere finisce per subire il condizionamento di impulsi interni e/o processi e strutture sociali.

L'uomo vive ormai in una situazione di pluralizzazione di “mondi di vita” e per chi è ancora debole nella costruzione della propria identità, può essere molto complicato reggere l'equilibrio tra sé e il mondo esterno.

Spesso la abbondanza di stimoli non è accompagnata da sufficiente comprensione e le esperienze sono consumate senza alcuna elaborazione.

La già incerta identità dell'adolescente si trova a fronteggiare un mondo sempre più insicuro e disincantato, dove le scelte non sono più sorrette da finalità, ma giustificate solo dal risultato possibile. Il problema è trovare nuove motivazioni che aiutino gli individui a gestire il maggior grado di libertà a disposizione e questo sicuramente è uno dei compiti affidati alla Scuola.

⁶³ R. M., *Lettere ad un giovane poeta*, ed. Arnoldo Mondadori, 1994.

Occorre educare i ragazzi ad operare in modo autonomo nella società, avendo la capacità di autovalutarsi, prendendo decisioni, scegliendo. Gli adulti / gli insegnanti possono facilitare il processo di crescita e maturazione, stimolando il soggetto a prendersi responsabilità circa il proprio comportamento, ad auto progettarsi e dunque ad evolversi. Bisogna impegnarsi verso una pratica educativa di accompagnamento, riconoscimento e condivisione, che non eviti la presenza degli adulti, anzi ne sia arricchita.

Occorre fare attenzione alla ricerca dei significati profondi dell'esistere per cogliere spazi personali di positiva interazione tra sé e il mondo; è auspicabile inoltre promuovere l'emancipazione degli adolescenti da una condizione di dipendenza per scoprire "il proprio posto nel mondo". Bisogna affrontare insieme i dilemmi che caratterizzano l'esistenza umana: passando dall'insignificanza al significato, dal tempo vissuto a quello progettato, dalla protezione alla disposizione al rischio, dalla chiusura narcisistica all'apertura all'altro. L'azione educativa può aiutare a crescere nella ricerca di senso nella propria realtà personale. La dimensione temporale del presente domina il nostro tempo, occorre riequilibrare: riconsiderare il passato per poter essere poi capaci di investire sul futuro. Di conseguenza può essere sperimentata la tensione positiva che spinge al cambiamento, alla trasformazione, puntando sul coraggio e limitando paure e ansie. Un altro atteggiamento frequente nella nostra società è quello di un super investimento narcisistico, anche questo va compreso e superato a vantaggio di un autentico rapporto con l'altro. Un'identità sana si individua solo all'interno di significativi rapporti interpersonali, contrari ad un'apertura superficiale, provvisoria, inconsistente.

Al disorientamento della modernità è necessario rispondere con un "rafforzamento delle persone", aumentando la capacità di auto-orientamento, aiutando l'esercizio libero della scelta e dell'autonomia. L'esercizio non sarà solo positivo ma anche ricco di errori e difficoltà, comunque si colgano possibilità, si prendano decisioni, si subiscono conseguenze e si manifesta la propria responsabilità nel determinare il corso della propria vita. Nonostante le esperienze passate, le forze inconsce, le spinte dell'ambiente, all'individuo appartiene un margine di libertà inalienabile.

La “volontà creativa” è libera, ed è maggiore, quanto più la mente riesce a mantenere impulsi diversi in uno stato di equilibrio incerto, per prendere poi una decisione e accogliere più impulsi possibili. Un uomo che non sceglie lacerato tra le varie possibilità, non è libero ma schiavo dei propri impulsi: solo la capacità di sostare nell’incertezza e nel dolore, la capacità di riflettere e decidere ci rende liberi.

X.4 La comunicazione con gli adolescenti *Viviana Ottaviani*

Lo stile comunicativo che si utilizza con gli adolescenti, è un aspetto molto importante, della relazione con loro. Nella comunicazione quotidiana gli adolescenti tentano di cogliere negli adulti i segnali che rispecchiano il modo in cui sono visti e giudicati e che possono aiutarli a definire e percepire la loro identità ancora in formazione.

Ciò che desiderano è che la propria autostima si rafforzi, che vi sia un incoraggiamento, un sostegno, che vi sia l’accettazione e la comprensione del proprio essere. Spesso crescendo i ragazzi sono portati a mettere in discussione l’autorità dei genitori contrapponendosi alle regole e ricercando una maggiore libertà. L’adolescenza è la fase in cui i desideri di autonomia e di libertà diventano sempre più pressanti. Un’urgenza di definizione, di darsi una cornice propria diversa da quella avuta dentro i confini familiari. Durante la crescita, il rapporto autorità-libertà si modifica in seguito allo sviluppo cognitivo-fisico-emotivo e ciò determina la capacità di assumere, in modo graduale, in prima persona la funzione di contenimento (esercitata fino a quel momento totalmente dai genitori).

Nonostante ciò l’adolescente ha comunque ancora bisogno che il genitore continui a svolgere la sua funzione contenitiva adeguandosi ai nuovi bisogni dei figli che, con la crescita, adottano modi differenti di esprimersi e relazionarsi con gli adulti. Nel rapportarsi con un adolescente la modalità comunicativa è essenziale; il punto cruciale diviene il “come” comunicare, spesso anche di fronte ad un’opposizione ostinata e snervante.

A tale domanda, “come comunicare con gli adolescenti?”, non è possibile dare una risposta prestabilita; ogni nucleo familiare può trovare una soluzione personale basandosi sulle caratteristiche individuali dei membri che la compongono e in base alla modalità in cui essi interagiscono. Bisogna diventare abili nell’ascoltare e nel riformulare i messaggi che l’adolescente invia, saper esprimere i sentimenti, negoziare le regole, la disciplina, ridefinire il rapporto fra autorità e libertà, favorire la gestione dei conflitti. Il conflitto infatti, purchè lasci spazio ad un reale confronto, si trasforma in un momento di crescita sia per l’adulto che per l’adolescente. Nel conflitto l’adolescente prova la tenuta della propria identità; questo è il motivo per cui un ambiente che non permetta di crescere nel conflitto soffocandolo o rendendo l’adolescente sempre perdente, non favorirà un buono sviluppo identitario. Si produrranno identità fragili sempre bisognose di consenso. Nel confronto con gli adolescenti, per avere una buona relazione, è necessario imparare ad alternare vicinanza e distanza, creatività e razionalità, comprensione e durezza, così da permettere all’adolescente di fare esperienza del proprio mondo interiore, che spesso gli è sconosciuto. L’adulto deve essere capace di ascoltare e dare coraggio, di stimolare all’azione e di rassicurare, di abbandonare i pregiudizi, dare fiducia ed esprimere sentimenti, di favorire in altre parole una relazione più intensa, significativa, affettiva. In questo modo l’adulto ha certamente più probabilità di essere ascoltato, anche dagli adolescenti più ribelli, perché più adatto a liberare le potenzialità positive presenti in ognuno di loro.

La fiducia che l’adolescente ha in se stesso e la volontà dipendono molto dall’incoraggiamento, dall’attenzione e dall’ascolto che i figli ricevono dai genitori. Se i genitori provano a comprendere i figli e ad ascoltarli con attenzione, questi saranno maggiormente propensi a parlare di sé o ad esplicitare i propri stati d’animo.

Ascoltare significa “*decentrarsi da sé*”, mettersi nei panni dell’altro, cercando di vedere, per qualche istante, la realtà dal suo punto di vista e non dal proprio; creare un vuoto per far spazio al racconto dell’altro. Quando un genitore comunica con un adolescente, spesso dice qualcosa “su” di lui. Comunicare significa far crescere la relazione che si sta costruendo.

Quando le proprie affermazioni causano nei figli reazioni di difesa, sensazioni che non si è interessati a loro, allora occorre mettersi in discussione, provando a capire perché ciò che si riteneva essere costruttivo, si è rivelato invece distruttivo. I genitori inoltre non devono cedere alla tentazione di “*appropriarsi*” dei problemi dei figli, ma aiutarli a trovare le “*loro*” soluzioni ai “*loro*” problemi. Il benessere dei figli non può essere superiore a quello dei genitori infatti il genitore è un individuo che ha dei bisogni e dei desideri. Nel momento in cui il genitore comincia a sentirsi frustrato nell’impossibilità di offrire risposte adeguate alle nuove richieste dei figli, deve anche avere ben chiaro che tale frustrazione è “sana” fin tanto che non impedisce al genitore stesso, in quanto individuo, di svolgere con soddisfazione e piacere le attività di proprio interesse. Se il genitore rinuncia a se stesso, per cercare di creare maggiore benessere nel figlio, dovrebbe ricordare che la propria soddisfazione e il proprio benessere rappresenteranno per il figlio un modello per il proprio futuro di persona adulta, matura libera ed autonoma.

X.5 L’investimento sul corpo degli adolescenti:

genitori, scuola, mass-media, gruppo di pari *Raffaella Fasoli*

*Il corpo è il veicolo dell’essere
nel mondo*

Maurice Merleau-Ponty

La società occidentale tende a considerare il corpo come qualcosa che si possiede, come un’immagine da contemplare dall’esterno, come un oggetto da migliorare e modificare.

La nostra cultura è ancora profondamente segnata da un assunto di separazione tra mente e corpo, quest’ultimo considerato come oggetto posseduto dal soggetto-persona, privilegiando gli aspetti razionali e di pensiero, rispetto ai vissuti e ai segnali provenienti dal corpo.

Quest'idea, rafforzata dalla cultura medica, porterebbe a privilegiare uno sguardo oggettivo, anatomico e fisiologico che escluderebbe ogni elemento di vissuto soggettivo e di esperienza.

Si assiste ad una presa di distanza dal corpo reale, dal corpo vivente, incarnato, che è espressione di tutto ciò che la persona rappresenta nella sua unicità e irripetibilità.

Il corpo perde dunque del suo significato autentico di dimensione personale, relazionale e spirituale, per significare soltanto sul piano estetico. Ci si preoccupa infatti di come si appare, trascorrendo spesso molto tempo in palestra, o sottoponendosi a trattamenti estetici a volte invasivi. *“È dall'apparenza fisica che si valutano le persone ed è a partire da come appare il corpo che si costruisce l'immagine di se stessi e quella che si vuole proiettare agli altri, nella speranza di attrarli [...]. È comune ormai associare la padronanza di sé con la perfetta forma fisica”*⁶⁴.

È quello che succede spesso agli adolescenti sempre più insoddisfatti del proprio aspetto fisico e alla continua ricerca di una forma perfetta. Dall'esperienza avuta all'interno delle scuole con soggetti adolescenti al momento della somministrazione dei test sulla percezione corporea, alla domanda “vorresti togliere delle parti del corpo?”, la maggior parte di loro ha risposto in maniera affermativa, a sottolineare il fatto che ci sia una percezione del proprio corpo come di un corpo frammentato, staccato nelle sue singole parti, non vissuto, pensato più che percepito e sentito.

L'immagine trasmessa era quella di essere alla presenza di corpi -involucro, svuotati del loro contenuto, non vissuti nella propria presenza (veicolo di relazione), quasi a testimonianza della ricerca di un'identità che metta in luce il loro modo di essere. Corpi trascinati, quasi ciondolanti, trasportati, più che vissuti, come abiti lasciati su una sedia, corpi non abitati o quasi.

⁶⁴ D. Sarsini, *Il corpo in Occidente*, ed. Carocci, 2003

Tale presa di distanza dal corpo, genera spesso conflitto e confusione sul piano dei vissuti esistenziali, producendo così una cultura del narcisismo e dell'indifferenza, nella quale l'immagine corporea è più importante delle capacità professionali e dell'esperienza. L'investimento sul corpo infatti nasconde spesso una personalità fragile, insicura, alla continua ricerca di una base solida su cui poggiare. Nell'adolescenza la trasformazione del corpo non riguarda mai i fatti fisici come tali, ma interessa anche alcuni spettatori privilegiati (genitori, fratelli, altri adulti significativi). Anche loro vengono coinvolti da un punto di vista emotivo nei processi di cambiamento.

Le modificazioni del corpo e l'emergere della sessualità creano movimenti critici nel campo sociale e relazionale. Tali movimenti sono dettati dal fatto che genitori e figli stanno insieme rinegoziando un senso comune da attribuire alle loro rispettive presenze ed alla relazione che li lega.

Il rispetto della diversità e specificità dei ruoli, l'indipendenza e la libertà personale, coabitano con la necessità di mantenere un legame affettivo che sostiene dimensioni psicologiche importanti quali: l'auto-riconoscimento e il senso di permanenza e continuità.

La domanda "chi sono io?" nasconde quella del "come mi sento e che cosa sento all'interno", quali sono le sensazioni, i pensieri e le emozioni che pervadono il mio corpo, e ancora "come mi vedono gli altri?". Spesso l'intensità delle sensazioni interne può trasformare l'esperienza del possedere un corpo, nell'essere posseduti dal corpo.

È necessario dunque come educatori, come genitori, sottolineare l'importanza di riappropriarsi del proprio corpo anche attraverso un'educazione al movimento inteso come riconoscimento dei bisogni della persona che sono la base per lo strutturarsi della personalità.

Punto di vista dell'educazione motoria è dunque il vissuto corporeo, cioè il modo di percepire il corpo non come uno strumento, ma come proprio; non come una rappresentazione, ma come una realtà attraverso la quale l'io è presente agli altri e al mondo. Il lavoro sul corpo, se proposto in modo opportuno, poiché è il luogo della coscienza e dell'identità, può favorire la consapevolezza e l'accettazione nella perce-

zione di sé e delle proprie caratteristiche individuali attraverso la corporeità. Il movimento infatti canalizza le emozioni permettendo di riconoscerle e nominarle.

X.6 Come interpretare i segnali di disagio a scuola: il ruolo dei professori *Paola Bianchini*

Il maestro mediocre
Informa
Il maestro buono
Forma
Il maestro saggio
Ascolta e...
Semina il dubbio

L'obiettivo che ci ha guidati nella formazione in campo DCA è quello di sensibilizzare gli insegnanti nella conoscenza di un disturbo ormai endemico che riguarda nella massima parte dei casi la popolazione in età scolare, particolarmente nella fascia d'età tra i 12 e 25 anni, fornire gli strumenti per riconoscere segnali di disagio e le richieste di aiuto da parte degli studenti, capire questi segnali e tradurli in risposte efficaci. L'esito degli interventi di cura, teniamo a precisare, multifattoriale, è condizionato dal tempo: storie brevi di malattia hanno percentuali altissime di remissione completa, man mano che la storia di malattia si allunga diventa sempre più complicata. In tal senso, diviene fondamentale l'azione di prevenzione e di segnalazione dei primi segnali di disagio, agli insegnanti è affidato il compito non di sostituirsi ad un intervento terapeutico, ma di vigilare e ascoltare le richieste di aiuto dei propri studenti, facendosi anello di congiunzione tra queste e il contesto familiare.

I segnali da cogliere possono essere anche molto deboli, è anche dai particolari che si può rintracciare un richiesta di aiuto.

Come riconoscerli: i segnali da cogliere

- * I disturbi alimentari producono alterazioni del comportamento, del modo di pensare, dello stato psicologico e dello stato di salute dell'individuo.
- * La semplice alterazione del comportamento alimentare si può distinguere dalla vera e propria malattia in relazione alla qualità della vita.

Alterazioni del comportamento in generale:

- * La dieta, il peso, il cibo, la cucina diventano l'argomento centrale di ogni discussione.
- * Il controllo del peso diventa ossessivo, la persona sale sulla bilancia più volte al giorno oppure la stessa viene evitata con paura.
- * Abuso di farmaci che si pensa siano utili per il controllo del peso.
- * La funzione e la regolarità dell'intestino diventano delle vere "fisse"; in relazione a ciò è frequente l'abuso di lassativi.
- * Presenza di diversi e significativi disturbi digestivi che condizionano fortemente il comportamento alimentare: la persona lamenta di non poter mangiare per il timore dei dolori e di altri sintomi che insorgono al momento della digestione.
- * Tendenza ad evitare le situazioni conviviali con la famiglia o gli amici.
Questo è un segnale che nella scuola può essere colto.
- * Tendenza all'isolamento sociale e familiare; la ragazza trascura e abbandona gli amici, non partecipa alle abituali attività sociali come feste, compleanni ecc. Questo è un segnale che nella scuola può essere colto.
- * Impegno in un'intensa attività fisica anche a scapito di interessi precedenti: la persona è sempre attiva e tollera con difficoltà i tempi vuoti. Questo è un segnale che nella scuola può essere colto (insegnanti di educazione fisica).
- * Si diventa nervosi se per qualsiasi motivo venga disturbata la sua programmazione del pasto e della attività fisica.

- * Ci si lamenta del freddo e si veste in maniera più pesante del necessario.
- * Aumenta l'ansia per le prestazioni scolastiche con tendenza a voler essere perfetti (anche un voto ottimo se non è il massimo può essere vissuto con sentimento di sconfitta), le ore dedicate allo studio crescono (studiare di sera fino a tardi, alzarsi la mattina presto). Questo è un segnale che nella scuola può essere colto.
- * Comparsa di reazioni impulsive, maggiore irritabilità e ansia, umore più depresso, accresciuta difficoltà a comunicare in famiglia e a scuola. Questo è un segnale che nella scuola può essere colto.

Alterazioni del comportamento alimentare:

- * Riduzione progressiva dell'alimentazione e della frequenza dei pasti, assunzioni di regole alimentari rigide e schematiche; i cibi vengono suddivisi in "giusti" (a basso contenuto di calorie) e "sbagliati" (ricchi di calorie).
- * Senso di benessere e aumento dell'autostima quando si riesce a seguire la dieta; al contrario sensi di colpa quando si ritiene di aver mangiato troppo o in modo scorretto.
- * Presenza di abitudini alimentari inusuali come sminuzzare eccessivamente il cibo, mangiare molto lentamente, consumare molte gomme da masticare, usare bevande light e bevande calde.
- * Conteggio ossessivo delle calorie
- * Mangiare sempre gli stessi alimenti
- * Intolleranza nei riguardi di imprevisti e cambi di programma durante il pasto; ogni cambiamento procura ansia e irrequietezza.
- * Forte interesse per ogni argomento di cucina e di alimentazione, in particolare per gli aspetti salutistici e per le diete dimagranti.
- * Cucinare per gli altri spesso la persona passa parte del suo tempo ai fornelli impegnata in preparazioni di pietanze elabo-

rate che però non mangia, o controlla in modo assillante quello che la madre prepara imponendo il suo gusto e le sue modalità.

- * La ragazza incoraggia i familiari a mangiare e controlla che il loro pasto sia superiore al suo (non può permettere che altri mangino meno di lei) oppure mangia da sola nella propria stanza.
- * Alternanza di periodi a dieta ferrea con periodi in cui il soggetto mangia troppo (BN).
- * La persona si alza da tavola subito dopo aver mangiato per andare in bagno e vi può restare per lungo tempo (BN).
- * Presenza di alimentazione eccessiva nei periodi di maggiore stress e modalità “voraci” di consumare il pasto (BN).
- * La persona mangia molto senza però aumentare di peso (BN).
- * La persona mangia di nascosto, nasconde quello che non mangia, il cibo “scompare” inspiegabilmente dal frigo o dalla dispensa, si trova cibo nascosto in posti inusuali.

Segnali di emergenza

- * Il tono dell’umore diviene instabile, il pianto frequente, la rabbia elevata, la tensione familiare cresce e la comunicazione risulta problematica.
- * Riposo notturno disturbato con vera e propria insonnia.
- * Pensieri suicidari, atti dimostrativi o comportamenti autolesivi.
- * Autolesionismo che a volte può anche essere preoccupante (ferite e ustioni) ma più spesso è fatto di graffi, escoriazioni, bruciature e simili.
- * Aritmie cardiache o dolori al torace, forti dolori addominali.
- * Perdite di coscienza, svenimenti.
- * Difficoltà respiratorie, stanchezza.
- * Gonfiori alle gambe (edemi), sensazioni di formicolio (parestesie).
- * Importante è capire che non si riconosce un Disturbo del Comportamento Alimentare dal peso; si può essere normopeso ed essere ossessionati in maniera tale da giustificare una diagnosi DCA.

Il compito degli insegnanti non si esaurisce nel poter cogliere i fattori di rischio, il loro è un compito educativo, solo nella ricerca di un'educazione ai valori è possibile rintracciare una prevenzione al disagio giovanile. Niente è più importante di una relazione educativa nella vita di un individuo, il mondo è pieno di cattivi maestri, incontrarne dei buoni, può fare la differenza e non solo per il disturbo alimentare. I giovani vanno contagiati di vita, questo non significa restituirgli il miglior mondo possibile, ma dotarli di quella forza delle idee e di quel coraggio che non li farà arretrare di fronte ad essa.

X.7 Lavorare sull'autostima *Paola Bianchini*

Il disturbo del comportamento alimentare nasce con un profondo senso di svalutazione personale, non si è mai sicuri di come si è fisicamente, intellettualmente, moralmente. Tutti i risultati ottenuti o i complimenti ricevuti, le rassicurazioni non servono a colmare la ferita. L'obiezione radicale che si prova verso se stessi è così profonda da inghiottire tutto il mondo esterno. Ed è come se le voci e le figure esterne venissero da molto lontano, così lontano da non raggiungere il soggetto che resta drammaticamente legato alla sua immagine interna, tanto da non poter tentare un approdo sereno con la realtà. La realtà è spesso usata come un coltello per farsi del male, il teatro dove trovare le conferme alle proprie disillusioni. Ogni forma di dipendenza si nutre del senso di svalutazione, introducendo il soggetto dentro un circolo vizioso: alimenta il senso di colpa porta alla ricerca ossessiva dell'oggetto della dipendenza (peso/anoressia, cibo/bulimia - DAI) per scaricare l'angoscia provata. In questo senso, è del tutto vano, incoraggiare le pazienti offrendo loro una prova di realtà che non riescono a cogliere; è proprio da quel reale che sono fuggiti attraverso la malattia e una valutazione di sé stessi senza l'interferenza della malattia risulta molto difficile.

Sto impazzendo dal dolore dopo aver mangiato. e continuo a mangiare

ma impazzisco dal dolore.

Sono troppo grassa. vorrei dimagrire. lo vorrei così tanto da disprezzarmi per ogni boccone.

So che nulla può dipendere da questo nella mia vita, non avrebbe alcun senso..

razionalmente lo so.

ma continuo a impazzire dal dolore e a correre per la città all'una della notte perchè non so come fare

perchè vorrei aprirmi la pancia con un coltello e far uscire tutto perchè vorrei tornare a essere uno scheletro.

Perchè così impazzisco.

Impazzirei comunque?

Si, probabile. Ma desidero lo stesso. Nell'immediato non posso aspettare. Devo dimagrire. Subito. Claudia 20 anni

Anche in Claudia il dolore di esistere si manifesta nella ricerca ossessionata di un peso che fallirà come sente di aver fallito ogni aspetto della vita. Il dolore legato al peso, ha preso il posto di tanti altri dolori, disillusioni, come se l'incapacità di vivere avesse scelto, per manifestarsi, il teatro del corpo. Il corpo diviene il teatro dove mettere in scena il dramma identitario e la svalutazione continua si manifesta attraverso l'incapacità a mantenere o ad ottenere il corpo ideale.

Il sentimento svalutativo ha radici lontane, probabilmente fin dalla prima infanzia si è manifestato attraverso un ricerca ossessiva di consenso. Bambine o bambini molto permalosi, troppo attenti a verificare come il mondo rispondesse ai propri bisogni. Chiusi dentro un mondo di regole di comportamento molto precise, quindi rassicuranti; tutto questo può far pensare ad una struttura di personalità rigida e bisognosa di rassicurazioni. In tal senso, è importante lavorare sull'autostima, educare ad un rinnovato sentimento di sé, alla pazienza, alla calma, attraverso piccoli compiti, impegni, che si è sicuri di non poter fallire e che servano a costruire una nuova immagine di sé. Sant' Agostino dice : *“taci e comprendi, perché sennò confondi te stesso e offuschi la luce all'interno della tua stanza. Il Dio eterno vuole illuminarti, non crearti una foschia di confusione, sii in pace con te stesso”*.

Fermarsi per Sant' Agostino costituisce la premessa per comprendere se stessi. In tedesco *verstehen*, comprendere, è collegato etimologicamente a *stehen*, stare fermi⁶⁵. Nel correre avanti, perdo me stesso e perdo il senso della mia destinazione. Per questo bisogna recuperare un senso interiore del tempo, per far spazio ad un noi più profondo ed autentico. Chi ha fretta infuria su se stesso e sugli altri, confonde la vita con la fretta e genera confusione.

Abbiate pazienza, aspettate i vostri figli e la loro guarigione, come l'incontro più significativo della vostra vita; ricordando che le cose più importanti crescono nell'ombra.

Rispondiamo alle tante domande dei genitori di pazienti rientrati in famiglia, dopo un trattamento di tipo residenziale che ci chiedono come reagire verso un nuovo ed inaspettato bisogno di autonomia dei propri figli: niente guarisce la vita come la vita, quindi è di decisiva importanza aprire gli angusti confini che la malattia aveva disegnato.

Educare, ad una rinnovata fiducia in se stessi, non significa lodare indiscriminatamente e promuovere ogni cambiamento del proprio figlio o alunno, ma aiutarlo a veder se stesso, a tenersi vicino, a vivere seguendo il proprio ritmo e non quello altrui, a lasciar maturare gli eventi, ricominciando da uno sguardo che accolga più mondo possibile.

⁶⁵ Cfr. A. Grun, *Il libro dell'arte della vita*,. ed. cit.

CAPITOLO XI

LA GUARIGIONE

X.1 Vuoi guarire? *Don Francesco Buono*

È questo il titolo di questa nostra riflessione, che ha come tema la guarigione. È la domanda previa ad ogni guarigione, perché voler guarire non è scontato. È la domanda che Gesù fa ad ogni malato che egli incontra sul suo cammino. È la domanda con cui egli inchioda ogni nostra pretesa di volere le nostre soluzioni piuttosto che quelle del medico, di colui che ci cura. È una domanda la cui risposta non è scontata. Molto spesso, quello che noi vogliamo non è guarire, ma vogliamo eliminare la sofferenza dalla nostra vita. La guarigione non è semplicemente l'eliminazione del dolore: molto spesso questo è un sintomo, una richiesta, un grido di aiuto.

La guarigione è la restituzione dell'integrità di noi stessi a noi stessi, la guarigione è la salvezza. La parola salvezza deriva dalla parola *salus* latino che vuol dire "salute", *salus* deriva da *sale*, ciò che dà sapore, ciò che dà senso alla vita. Guarigione allora nelle scritture significa ritrovare il senso della mia vita, ritrovare l'unità del mio passato, del mio presente e del mio futuro.

Secondo un passo del Vangelo.

Dal Vangelo secondo Marco 10, 46-52

⁴⁶*E giunsero a Gerico. E mentre partiva da Gerico insieme ai discepoli e a molta folla, il figlio di Timèo, Bartimèo, cieco, sedeva lungo la strada a mendicare⁴⁷. Costui, al sentire che c'era Gesù Nazareno, cominciò a gridare e a dire: «Figlio di Davide, Gesù, abbi pietà di me!»⁴⁸. Molti lo sgridavano per farlo tacere, ma egli gridava più forte: «Figlio di Davide, abbi pietà di me!».*

⁴⁹Allora Gesù si fermò e disse: «Chiamatelo!». E chiamarono il cieco dicendogli: «Coraggio! Alzati, ti chiama!». ⁵⁰Egli, gettato via il mantello, balzò in piedi e venne da Gesù. ⁵¹Allora Gesù gli disse: «Che vuoi che io ti faccia?». E il cieco a lui: «Rabbunì, che io riabbia la vista!». ⁵²E Gesù gli disse: «Và, la tua fede ti ha salvato». E subito riacquistò la vista e prese a seguirlo per la strada.

Qui la domanda: «Vuoi guarire?» è la domanda “che cosa vuoi che io faccia per te”. Certamente è una domanda molto curiosa, visto che Gesù fa chiamare il cieco che, evidentemente per venire da Lui, avrà manifestato fisicamente tutto il suo impaccio.

Egli avrà camminato a tentoni, forse avrà sbattuto contro qualcuno; Gesù sapeva benissimo che quell'uomo era cieco, addirittura potremmo dire che Gesù viene in questa città di Gerico soltanto per guarire quest'uomo. Perché, il processo della guarigione inizia quando non ci si sente uno come gli altri, ma quando si avverte l'unicità della propria vita, l'unicità del proprio problema. Quante volte di fronte ai propri problemi si minimizzano le situazioni: «C'è chi sta peggio!», «Non è un problema!». È molto significativo che questa sia la guarigione di un cieco, perché molte volte, vicino alla persona malata, alla persona cieca che non vede un suo problema, c'è anche la cecità degli altri che non lo vedono, che non vogliono ammetterlo, che pensano che sia normale: molto spesso questo riguarda anzitutto gli stessi familiari, nonché poi gli amici e conoscenti. Allora il problema della guarigione, è un problema che interessa anzitutto il riconoscimento della propria situazione, è mettersi nella *verità*: ammettere di essere malati e non solo ammettere di essere malati, ma chiedere aiuto. Vediamo come lo sviluppo di questo brano. Gesù giunge a Gerico; Gerico è una città di frontiera, una città di passaggio, ha rappresentato per il popolo di Israele il passaggio del fiume Giordano e l'ingresso nella Terra Promessa.

Allora ogni momento in cui inizia la guarigione è un momento di passaggio: è un momento Pasquale, da una situazione a un'altra. Gesù guarisce il cieco mentre, ci dice il testo, partiva da Gerico. Guarire vuol dire anzitutto *lasciare* qualcosa, lasciare le proprie abitudini, lasciare il proprio essersi abituati alla malattia. Se noi ci chiedessimo: «Ma di che

cosa è malato quest'uomo?», potremmo vedere che sono diverse le malattie di quest'uomo, anche se d'impatto ci verrebbe subito da rispondere: «La sua cecità!». Non si tratta solo di questo, però. Questo cieco vive la sua cecità *da seduto*; ora non è detto che tutti i ciechi per forza debbano stare seduti: ci sono molti ciechi che sanno camminare con il bastone, con il cane che li aiuta, con l'aiuto degli altri. Questo è un uomo che sta seduto, cioè è un uomo che non sa più camminare sulla sua malattia; è un uomo seduto perché è incapace di alzarsi dal suo problema; è un uomo seduto perché ormai è abituato all'idea che la sua vita non cambierà mai. È molto interessante che, come Gesù arriva, lo fa alzare; anzi, non va lui direttamente dal cieco, ma manda altri a dirgli: «Alzati, ti chiama». Gesù poteva andare benissimo da lui, ma da qui comprendiamo come la guarigione non sia un atto magico. Gesù non può fare, Dio non può fare quello che ciascuno di noi deve fare per sé stesso, e cioè anzitutto l'alzarsi dalla propria situazione.

Un'altra malattia di questo tale, è che egli, oltre che stare seduto sul suo problema, è un cieco avvolto in un *mantello*; in un mantello che lo nasconde agli occhi della gente. Egli è un cieco che ha una maschera, per voler guarire lui dovrà togliere il mantello e lo farà. Che significa togliere il mantello? Vuol dire togliere la maschera! Quanto spesso la malattia, che per noi cristiani si chiama *croce*, viene vissuta con il senso della vergogna, con il senso del non voler tirar fuori quello che c'è dentro: la nostra verità. Quanto è meglio assumere una maschera, a volte una maschera positiva. Perché? perché di fondo vivere in mezzo agli altri, vuol dire essere accettati solo se diamo quello che gli altri si aspettano da noi; solo se paghiamo un tributo, se mettiamo questa maschera: essere una brava mamma, un bravo papà, un bravo marito. Tutti pretendono da noi, noi dobbiamo dare quello che gli altri si aspettano da noi. Quale è il problema? La parte più brutta di noi: quella malata, quella debole, quella sporca; *quella*, chi è che la ama?. Ciascuno di noi sviluppa nella vita un mantello. Il mantello, nella cultura orientale, serviva per ripararsi dal sole di giorno e dal freddo di notte. Ciascuno di noi, spesso, vive la propria sofferenza con la paura dello sguardo dell'altro; la paura che l'altro possa arrivare troppo in profondità. Spesso, anche quando cerchiamo delle soluzioni, cerchiamo delle soluzioni o che ci

lascino seduti sulla nostra realtà, o che ci lascino avviluppati nei nostri mantelli, che ci permettano di mantenere lo stesso le nostre maschere. È vero altresì, che non esistono solo dei mantelli positivi, delle maschere positive potremmo dire, esistono anche delle maschere negative: sono le maschere del nostro vittimismo. È il mantello dietro al quale noi ci rifugiamo mangiando la pietà degli altri. In fondo noi stiamo male perché siamo vittime di qualcosa, e ci piace essere considerati i poverini. Condanniamo noi stessi ad essere i poverini, ad aver scritto sulla carta d'identità della nostra vita: lui è il malato; lui è quello che gli è successa quella disgrazia; lui è quello che da piccolo ha subito quel trauma. Quel trauma, non solo condiziona la nostra vita, cioè non solo è accaduto quel giorno, ma è diventato il nostro nome, è diventato la nostra maschera: noi siamo il malato. Gesù non vuole che la nostra vita, che la nostra identità sia la nostra malattia: sia quando questa malattia sia stata causata da una sofferenza indipendente da noi, sia quando questa sia stata causata da un peccato. Gesù pensa che noi siamo molto più del nostro mantello, ma non può togliercelo: dobbiamo toglierlo da soli. Ciò che ci è accaduto nella vita certamente ci condiziona, ma non per questo determinarci deve toglierci la libertà di vivere. Libertà di vivere che consiste nell'amore di saper prendere la verità del nostro passato e trasformarla in un presente orientato ad un futuro "aperto". Essere liberi, cioè, vuol dire essere donne e uomini capaci di fare storia. Non sa fare storia chi vive sempre schiacciato sul passato o nell'ansia frenetica di raggiungere il futuro fissato nei suoi idolatrici obbiettivi. Dacci oggi il nostro pane quotidiano, noi diciamo nella preghiera che Gesù ci ha insegnato: dacci cioè oggi la grazia che ci serve per vivere bene questo giorno, che è l'unico che abbiamo in mano l'unico che viviamo e che non tornerà più.

E questo problema dell'identità, in quest'uomo, è diventato così grande che di lui non conosciamo neanche il suo nome: lui è soltanto il figlio di Timeo, Bartimeo, ma Bartimeo non è il nome, perché bar nella lingua ebraica vuol dire *figlio* di: quindi il figlio di Timeo. È appunto il *figlio di Timeo* e basta: cioè lui è uno che è soltanto il figlio di suo padre: ha un padre che lo schiaccia, un passato che lo schiaccia. Noi

non sappiamo se quest'uomo è stato cieco dalla nascita oppure no, sappiamo soltanto una cosa: che è un uomo che ha perso la sua identità, che non è più capace di essere sé stesso, perché è schiacciato da suo padre. Forse quest'uomo è schiacciato dalle aspettative dei suoi genitori, che lo hanno bloccato, dal loro giudizio che lo schiaccia o dalla sua ribellione nei loro confronti. Semplicemente egli è schiacciato, forse, da qualcosa che è successo nel suo passato e che improvvisamente lo ha reso cieco: cioè lo ha reso incapace di guardare, di aprirsi, di accogliere la realtà, di illuminare la realtà con una luce di amore e di essere illuminato da questa realtà; tra lui e il mondo esiste ormai una barriera. Lui è chiuso al mondo.

E c'è ancora una quarta malattia di quest'uomo. Egli è un uomo che non è semplicemente *un uomo che non ha un nome*, perché il suo nome ormai è solo il suo passato, è schiavo del suo passato; non è semplicemente *un uomo che è seduto* che non può e non vuole cambiare la sua situazione; non è semplicemente *un uomo che è avvolto all'interno del suo mantello*, dunque che ha una maschera che lo caratterizza di fronte agli altri, egli è un uomo che mendica. È un uomo cioè che ha perso il senso della sua vita, di come donare sé stesso, è un uomo di cui gli altri vedono solo una mano che chiede. Quante volte nel momento della propria malattia si diventa profondamente egoisti, o potremmo dire quante volte l'egoismo è la causa di tante malattie. Nel momento in cui viviamo soltanto per pretendere, rimaniamo delusi ogni volta che le nostre pretese rimangono inevase. Quante volte potremmo dire che la malattia ci dà un diritto, a volte proprio quello di essere giustizieri degli altri: noi, perché stiamo male, abbiamo il diritto di essere nervosi, di trattare male gli altri, di prendercela con qualcuno. E allora dal ruolo di vittima passiamo automaticamente al ruolo di carnefice, la nostra malattia ci dà, possiamo dire, licenza di uccidere; diventiamo tanti 007 con licenza di uccidere, cioè diventiamo tante persone che, proprio perché mi è successo questo, proprio perché ho sofferto tanto, io ho il diritto di lamentarmi, di parlare male della vita, di prendermela con gli altri. Quanti sfoghi facciamo sulle nostre sofferenze che nascono soltanto dal desiderio di gettarle addosso agli altri che non

piuttosto che da quello di liberarcene. La cosa più bella è che questo cieco in questa situazione grida: «Figlio di Davide!», cioè vede, in colui che sta passando, uno che è come lui. Figlio di Davide vuol dire della stirpe di Israele. Tu sei come me. Questo è molto importante per comprendere come, nel rapporto tra chi è malato e tra chi guarisce, non devono esserci gradini di superiorità, ma il mistero di Gesù è il mistero di chi scende sullo stesso piano.

E la prima cosa che questo cieco chiede è: “abbi pietà di me”, “fammi sentire amato”. La pietà non è il pietismo, non è “il poverino” che legittima il mio vittimismo, la pietà nella Bibbia sono le viscere, le viscere della madre che generano il figlio. Allora chiedere pietà vuol dire “dammi una vita nuova”, “permettimi che la mia vita possa cambiare”. È molto interessante notare che, appena questo uomo grida, subito tante voci si oppongono a questo grido per farlo interrompere. Alcune sono le voci fuori di lui, sono le voci di tutta quella gente che gli sta intorno e cerca di farlo stare zitto. Tante voci intorno a noi ci massificano e non ci permettono di tirar fuori la nostra verità, la nostra unicità. E quante voci “oltre che fuori”, sono dentro di noi: “tanto non cambierà niente”, “tanto resterà sempre lo stesso”, “tanto che cosa si può fare”; ci sono tante voci che in noi si oppongono a questa volontà. Questo cieco, però, non arrende ma persevera e va fino in fondo.

È interessante che Gesù manda delle persone. Per il processo di guarigione sono fondamentali gli incontri. È indispensabile saper accogliere quegli incontri, quelle *Dio-incidenze* che Dio manda nella nostra vita: forse persone con i nostri stessi problemi, forse persone con problemi più gravi di noi. Tanta gente Dio ci manda, perché il senso della vita di un uomo è la *relazione* e l'errore più grave di una malattia, l'errore più grave di un problema è il momento in cui questo ci richiude su noi stessi. Nel momento in cui ricominciano le nostre relazioni, “in esse”, inizia, vive, sono parte fondamentale del processo di guarigione. Le relazioni però non possono fare quello che dobbiamo fare noi. Le relazioni dicono al cieco: “Alzati!”. “Egli ti sta chiamando, è questo il momento!”. “Non è tempo di rimandare!”. Quante volte si rimanda per andare a toccare un fondo dal quale spesso diventa troppo tardi uscire!

Quante volte è importante accogliere i segnali che ci vengono. E quest'uomo si alza! Non sappiamo perché: se non ha niente da perdere, forse s'è stufato della sua condizione di malato. Quel che è certo è che si alza, getta il mantello – questo lo deve fare lui – e va da Gesù, nessun altro può scegliere al posto mio. Noi possiamo far di tutto per convincere una persona a curarsi, ma finché non scatta qualcosa, dentro questa persona, questo desiderio di salvezza, quello che noi possiamo fare è pregare che questa persona, dal di dentro, apra il suo cuore.

Perché la maniglia della porta del cuore non è al di fuori del cuore – come c'è in un dipinto – ma è soltanto al di dentro del cuore, si può aprire soltanto dall'interno. A questo punto il cieco si alza, si alza, corre, va a tentoni verso Gesù che lo vede e gli dice: “Che cosa vuoi che io faccia per te?”. La guarigione non è un istante, non è un momento magico. La guarigione è miracolo, ma non è miracolismo, è segno e ogni segnale serve per mettersi in cammino, per raggiungere una città. Arrivati al dunque: non è scontato voler cambiare. Spesso si va a tentoni, per tentativi: nella ricerca della guarigione bisogna accettare che il percorso non sempre è lineare, che il tempo non è quello che noi vorremmo, che vi sono soste, cadute e ricadute ma l'importante è la determinazione di voler guarire.

A quel punto lui risponde: “Rabbunì! Che io riabbia la vista!”, Rabbunì – maestro mio – , Gesù non è più semplicemente il Figlio di Davide, non è più soltanto uno che è come lui, ma è diventato il Rabbunì, cioè è diventato il mio maestro, è il maestro, cioè qualcuno a cui io obbedisco. Per guarire occorre obbedire, occorre fidarsi, occorre chinarsi. Guarire non vuol dire che io avrò le mie medicine, ma le medicine che il medico mi darà; non avrò le mie prescrizioni, ma seguirò le prescrizioni che il medico mi darà. Voler guarire è un atto di fede, cioè un atto di fiducia in cui riconosco che qualcuno è il maestro. Ed è il mio maestro, cioè il maestro con cui c'è una relazione d'amore, a cui io riconosco non una fiducia fredda, ma nelle mani di cui io metto la mia vita perché mi sento amato, perché avverto la sua compassione.

“Che io ri-abbia la vista!”. Forse c'è stato un momento in cui questo uomo vedeva, non sappiamo se questo uomo fosse cieco dalla nascita.

Certamente, credo, sia molto peggiore la condizione di chi c'è stato un tempo in cui vedeva e poi da quel momento c'è qualcosa che ha oscurato la sua vista, rispetto a chi nella vita non ha mai visto: c'è un dolore, un rimpianto, una nostalgia del passato.

Quest'uomo ora crede, può credere che le cose possano cambiare, ma vorrei dire, che forse dentro questo ri-abbia, c'è una seconda vista che viene sottintesa, e quale è questa seconda vista? È la vista del cuore: la vista di chi non vuole più mendicare, di chi non vuole più nascondersi, di chi non vuole vergognarsi!.

Quest'uomo non sta chiedendo solo la vista degli occhi, quest'uomo ha capito che esiste anche un'altra vista: una vista nuova, la capacità di vivere in un modo diverso, in un modo fresco, in un modo gioioso, in un modo pieno. E Gesù gli risponde che proprio la sua fede lo ha salvato. Gesù non gli dice "sarai capace di vedere sempre", non gli dice "non ricadrà mai", non gli dice nemmeno che non tornerà mai ad essere cieco, ma che la sua fiducia, che il suo atto di fede è quello che lo ha salvato. Ed è proprio così che avviene la guarigione e, in quell'istante, attraverso quell'atto di fiducia, quel cieco viene guarito.

Notiamo come in fondo, in questo passo del Vangelo, Gesù fa pochissimo per questo cieco; potremmo dire che la maggior parte del miracolo l'ha fatto il cieco stesso: nel gridare, nell'alzarsi, nel rinunciare alla sua posizione di mendicante, nel rinunciare al suo mantello, nel diventare libero dal giudizio degli altri, nel diventare umile nel chiedere aiuto, nel fidarsi dell'aiuto che gli viene dato.

Gesù con la guarigione degli occhi mette il sigillo in questo processo di guarigione, che, bene inteso, non si fermerà qui, perché il brano si conclude dicendo: «E prese a seguirlo lungo la strada». Il cieco da uomo seduto, diventa uomo in cammino, da uomo che pretendeva il suo posto al centro dell'universo, è un uomo che ora ha un Maestro, che egli dovrà seguire e di cui dovrà fidarsi. Ora quest'uomo ha un angelo custode. Da *uomo che pretendeva*, ora è un uomo disposto a dare, a seguire Gesù. Dove è che seguirà Gesù? Subito dopo Gesù entra a Gerusalemme, quest'uomo seguirà Gesù nel suo dare la vita. Gerico è posta molto più in basso di Gerusalemme, addirittura è posta molto al

di sotto del livello del mare; quindi la strada sulla quale quest'uomo ha iniziato a seguire Gesù non è una strada in discesa, piuttosto è una strada in salita: è la strada verso Gerusalemme, è la strada verso la Croce. Potremmo dire che, il processo della guarigione, è un processo che non finisce mai; però è un processo in cui si sa ciò che si deve lasciare e si sa, non tanto forse ciò che si deve trovare, ma si sa ciò che si sta seguendo: una strada appunto, la strada del donare se stesso.

XI.2 Il valore del dolore:

un percorso nella meditazione *Luciana Colombo*

E voglio dirti questo: godersi la tristezza ha una bellezza propria. La felicità è un po' superficiale; la tristezza è molto profonda, nasconde un abisso. Un uomo che non ha mai conosciuto la tristezza sarà un po' superficiale, vivrà con leggerezza. La tristezza è simile ad una notte oscura, è molto profonda. L'oscurità ha in sé un silenzio, così pure la tristezza. La felicità è effervescente, ha una qualità sonora. È simile ad un fiume che scorre tra i monti; crea una musica. Ma tra i monti il fiume non potrà mai essere profondo, è sempre superficiale. Quando giunge a valle acquista profondità, ma ogni suono scompare. Scorre come se non scorresse affatto. La tristezza ha questa profondità. Perché creare difficoltà?. Quando sei felice, sii felice, divertiti. Non identificarti con la felicità. Quando ti dico di essere felice, voglio dire: goditi la felicità. Lascia che sia un'atmosfera che muta e si evolve: la mattina si trasforma in giorno fatto, e il giorno diventa sera, e poi viene la notte.

Lascia che la felicità sia un'atmosfera che ti avvolge. Goditela, e quando verrà la tristezza, goditi anche questa. Io ti insegno a godere di qualsiasi cosa accada. Siedi in silenzio e goditi la tristezza, e all'improvviso non sarà più tristezza; diverrà un istante silente e quieto, bellissimo nella sua essenza.

Non c'è niente di sbagliato in esso. E a quel punto diverrà un'alchimia suprema, il punto in cui all'improvviso scopri di non essere né l'una né l'altra cosa: non sei né felice né triste. Sei colui che osserva: osservi le vette e osservi le valli, ma non sei né l'uno né l'altro. Quando avrai raggiunto questo punto, potrai celebrare ogni cosa: la vita, e la morte⁶⁶.

Da Osho nel libro "Meditazione: la prima e ultima libertà"

⁶⁶ Osho, *Meditazione: la prima e ultima libertà. Una guida pratica alla meditazione*. Ed. Mediterranee, 1989.

Non abbiamo scelto di fare meditazione così tanto per sperimentare una cosa alternativa, ma abbiamo scelto di farla su basi scientifiche.

Numerosi studi scientifici relazionano che i *lama* godono la serenità imperturbabile di fronte ai piccoli inconvenienti della vita. Con la risonanza magnetica funzionale, tecnica di generazioni di immagini usata prevalentemente a scopi diagnostici in campo medico, si è dimostrato che l'attività cerebrale analizzata su di un gruppo di esperti in meditazione dà effetti fisiologici, quali: un rilassamento profondo che non ottunde l'attenzione, anzi la potenzia; un maggior controllo dei circuiti neuroendocrini e, in particolare, dello stress; una maggiore coerenza cerebrale, una migliore comunicazione tra i due emisferi, una maggiore capacità di adattamento.

In uno studio recente condotto da Richard Davinson dell'Università del Winsconsin, uno dei fondatori della neuroscienza affettiva, ha dimostrato che il cervello, dotato di una notevole plasticità, nella meditazione elabora processi mentali positivi.

Le emozioni implicano un'orchestrazione delle attività dei circuiti di tutto il cervello: lo vediamo per esempio, quando una persona ti fa una minaccia, subito siamo tentati di rispondere rendendole la minaccia o deprimendoci. Questo perché reagiamo emotivamente alla minaccia; imparando ad osservare quello che ci ha detto l'altra persona, e non cadendo dentro il gorgo delle emozioni, si impara ad avere un tempo residuo, un tempo di pace e la risposta non sarà mai quella della minaccia.

Si impara che un'emozione non è interseca, è relativa, e ogni giorno nascono sensazioni nuove, nuovi pensieri e nuove emozioni che non resteranno con noi per sempre; rimangono per un certo periodo di tempo e poi se ne vanno.

La piena consapevolezza, il prestare attenzione nel momento presente, di proposito e non giudicante, aiuta a lasciare entrare e uscire gli aspetti negativi della comune esperienza umana.

Le persone che si accingono a questo tipo di consapevolezza, man mano con l'esercizio, stanno a osservare il fiume delle emozioni, dei pensieri, delle sensazioni fisiche, accettandoli per quel che sono, senza ragionare su di essi, senza aggiungere o togliere nulla, senza giudicarli, senza cercare di modificarli, né di prolungarli o di bloccarli, ma

osservandoli, accettando di viverli e avendo fiducia che prima o poi, come neve al sole, si scioglieranno. Per prima cosa ogni meditazione inizia sempre con esercizi di respirazione. Mentre il respiro entra, la pancia inizia a sollevarsi, e quando esce, la pancia si abbassa. Nell'essere consapevoli della pancia, nel suo alzarsi e riabbassarsi siamo vicinissimi alla fonte della vita, perché l'ombelico è il residuo del cordone ombelicale, fonte vitale, per cui, quando la pancia si solleva e si abbassa, di fatto è come una spugna per l'energia vitale.

Man mano che si diventa consapevoli della respirazione, la mente si acquieta, il cuore prende un ritmo lento e regolare, gli stati d'animo si dileguano.

XI.3 L'ascolto: l'Associazione "Mi Fido Di TE" Paola Bianchini

Alla vita

La vita non è uno scherzo.

Prendila sul serio come fa lo scoiattolo, ad esempio, senza aspettarti nulla dal di fuori o nell'aldilà. Non avrai altro da fare che vivere.

La vita non è uno scherzo.

Prendila sul serio ma sul serio a tal punto che messo contro il muro, ad esempio, le mani legate o dentro un laboratorio col camice bianco e grandi occhiali,

*tu muoia affinché vivano gli altri uomini
uomini di cui non conoscerai la faccia,*

e morrai sapendo che nulla è più bello, più povero della vita.

Prendila sul serio ma sul serio a tal punto che a settant'anni, ad esempio, pianterai degli ulivi non perché restino ai tuoi figli ma perché non crederai alla morte, pur temendola, e la vita peserà di più sulla bilancia.

Nazim Hikmet

L'Associazione "Mi fido di te" è nata su volontà di un ristretto comitato di familiari e pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare. La denominazione "Mi fido di te" richiama ad un atto di fiducia, di solidarietà: fidarsi è affidarsi in un'alleanza terapeutica e d'intenti che unisce gli esperti del settore ai pazienti e alle loro famiglie. Alla luce di questo, l'Associazione si è assunta l'impegno di fare da ponte tra i pazienti, le famiglie e le Istituzioni per poter garantire delle risposte efficienti e sensibili alle richieste sempre mutanti di un disturbo così insidioso.

È sotto gli occhi di tutti, non solo degli esperti, ormai la rilevanza che un tale fenomeno sta assumendo nella nostra società. Molti di questi familiari vivono lo sgomento di una patologia così insidiosa che lascia senza risposte o che sembra fallirle tutte. Si iniziano viaggi della speranza alla ricerca di risposte efficaci, shopping terapeutici che non fanno che aumentare l'incomprensione di tale fenomeno. L'intento dell'Associazione è di non lasciare più nessuna famiglia isolata, di costituire una rete di comunicazione e relazione in grado di garantire il massimo dell'informazione e della risposta alle esigenze dei pazienti e dei suoi familiari. Togliere le famiglie dalla solitudine e dal clima d'incomprensione che si genera in coloro che vivono questo tipo di problema rimane una priorità; in tal senso vanno gli incontri che l'Associazione promuove per mettersi al servizio delle domande dei genitori e dei familiari. Ogni sabato mattina dalle ore 11 alle 12,30 presso la sede di "Palazzo Francisci" USL 2, via Cesia 65 Todi, si tengono degli incontri di gruppo, frutto del progetto "Il vaso di Pandora": il gruppo di ascolto filosofico-esistenziale si propone una crescita individuale e di gruppo nell'ascolto del disagio esistenziale che si produce nelle famiglie colpite da questa patologia. Lo scopo è rintracciare una via del senso nuova e di aiutare e sostenere nel compito di condivisione del percorso terapeutico nei pazienti DCA.

Quello che si vuole ottenere è una nuova consapevolezza del proprio vissuto personale e familiare, in modo da fare della propria sofferenza una forma di nuova conoscenza al servizio di un'esperienza comune. Il gruppo è al servizio e all'accoglienza dei dubbi, dei timori, delle paure di ogni membro per crescere insieme in vista di una promozione della salute e di spazi di vita sempre più liberi da condividere. Se la malattia e la sofferenza stessa, tendono infatti, all'impoverimento degli

spazi di mondo, di contro riaprirsi ad un autentico e comune sentire riaprire a nuove e spesso insperate possibilità esistenziali.

Nell'ascolto proprio e in quello degli altri, si ritrovano le ragioni profonde, sia dei timori che delle sicurezze, a cui attingere per contrastare la malattia.

Chi ama non ha fretta. L'amore ha veramente a che fare con l'aspettare, il sostenere, il sopportare. Chi ama lascia alla persona amata il tempo per crescere. Dietro l'impazienza si nasconde un'idea di uomo impoverita, omologata: *le persone devono funzionare, devono cambiare tutto e subito.* Non si lascia loro il tempo per maturare, per trasformarsi, per guarire⁶⁷. Bisogna educarsi ad un tempo che sappia accogliere il cambiamento e la speranza che questo cambiamento avvenga. In questa apertura sarà possibile riprogettare un mondo che sappia accogliere *il nuovo*.

La vita rimane al centro delle interrogazioni del nostro gruppo, sia come nostalgia dichiarata dalla ferita dell'anima, sia come richiamo, come *eterno vaso di Pandora* che si appella al senso nascosto e sempre profondo di ogni forma di umano dolore.

⁶⁷ Cfr. A. Grun, *Il libro dell'arte della vita*, ed. cit.

XI.4 La speranza *Paola Bianchini*

*Attendi il miracolo come il giardiniere
attende la primavera
A. de Saint-Exupéry*

Sperare non è avere un conto o un'assicurazione, non è un possesso rinviato, non è una sicurezza. Chi spera e chi dispera si incontrano nel *non ancora*, in una sorta di cecità che condiziona la possibilità di vedere il nuovo avanzare. La cecità è duplice: quello di chi cerca una luce all'orizzonte, ma cammina al buio, quello di chi ha intravisto e non vede più. Ciò che conta, nel non vedere, nel momento che viviamo, è non rassegnarsi; farsi occhi di gatto, che scorge forme e passaggi nel buio. Sperando, non possediamo. Ma, disperati, noi speriamo.

In ogni età della vita, ma sempre più nelle situazioni critiche, occorre imparare a morire. Morire a se stessi è *perdere senza essere perduti*: è nel buio avvertire che qualcuno *non perde me*. Allora, la speranza non è mia: appartiene ad un orizzonte che spera in me, che spera in noi, che non dispera dopo tutte le delusioni e smentite che gli diamo. E non certo perchè siamo forti e buoni, ma proprio deboli e manchevoli come siamo; così dobbiamo accettare di ammalarci, che si ammali qualcuno che amiamo, senza pensare ad una sorta di destinazione fatale nel buio, nel male. Di contro, dobbiamo educarci nei problemi, a sperare, a cogliere il non visibile di quelle difficoltà.

Ogni malattia richiede una spiegazione, interroga in profondo, si inserisce nella vita del paziente e della sua famiglia, modificandone gli equilibri e creandone di nuovi, entrando così a far parte della storia di quelle esistenze.

“Molte persone condividono la stessa malattia, ma la storia di ciascuno, il modo in cui quella malattia entra nella propria esistenza, è per ciascuno unico ed irripetibile. Questo è il motivo fondamentale per cui la terapia deve tener conto di questa variabilità ed essere adattata caso per caso, per cui anche il medico contribuisce, nella misura in cui

ascolta ed è attento al dispiegarsi della vicenda esistenziale del proprio paziente, a scrivere insieme a lui la sua storia. Una parte della medicina ha certamente a che fare con la biologia ma c'è una buona metà di essa che riguarda l'identità della persona e con la struttura della sua vita di fronte alla malattia il paziente deve essere aiutato a trovare la spinta per progettare il cambiamento necessario per decidere di guarire"⁶⁸.

Il punto di partenza di un grande filosofo come Ernest Bloch è che tutti abitiamo il continente della speranza, che è assai affollato, però così inesplorato, come l'Antartide, per questo "*Il principio speranza*" di Bloch è una grande mappa di tutti i territori della speranza; e la speranza la concepisce, contro il principio della angoscia, se vogliamo chiamarlo così, in quanto, secondo il filosofo, non bisogna prendere il mondo così com'è; la speranza ci mostra il mondo in movimento, in evoluzione. Quindi l'idea è che la speranza non è semplicemente un premio di consolazione per le disgrazie necessarie della vita degli individui e della storia; *la speranza è piuttosto uno sforzo per vedere come le cose stanno in movimento, come si evolvono, quindi la nostra mente non è simile a uno specchio che riflette una realtà ferma, la nostra mente è piuttosto qualche cosa che si inserisce nel mondo della speranza.*

Il principio della speranza è ciò che orienta i nostri incontri rivolti ai familiari di pazienti con Disturbo del Comportamento Alimentare, il progetto "Il vaso di Pandora", prende appunto il suo nome dal mito che richiama alla speranza. Come ricorda il mito Esiodo, il vaso donato dagli dei era chiuso con un coperchio impedendo al suo contenuto di uscire fuori, Pandora arrivata sulla Terra, lo aprì e tutti i mali si riversarono sull'umanità, soltanto la speranza, che era in fondo, non poté scappare. Paradossalmente la speranza, non riguarda tanto il futuro quanto il presente, nel senso che ogni istante può diventare significativo, noi dobbiamo imparare a vivere ogni momento come se fosse eterno: "*Cogli l'eternità nell'istante*" è un principio fondamentale.

⁶⁸ S.Marucci "*La cura*" ed. cit.

Naturalmente per eternità non si intende un tempo lungo, gonfiato oltre ogni dimensione finita, per eternità si intende la pienezza dell'esistere, l'eternità riguarda quei momenti d'essere in cui a me sembra di scoprire il senso delle cose, e questo senso delle cose io lo scopro andando al di là dell'oscurità dell'attimo stesso.

La speranza si insinua in tutte le manifestazioni dell'uomo a partire dai sogni, che sono un'attesa di un mondo migliore. A Shakespeare, che si chiedeva di quale materia fossero fatti i sogni, si potrebbe rispondere che la materia di cui sono fatti i sogni è appunto la speranza. Non bisogna prendere il mondo così com'è: la speranza ci mostra, infatti, il mondo la possibilità del movimento e dell'evoluzione dell'attimo vissuto. La nostra coscienza del presente, che a noi sembra così cristallina, così trasparente, è in realtà opaca, e quindi il presente in effetti è oscuro, usando un proverbio cinese: "Alla base del faro non c'è luce". Questo significa, allora, che noi non dobbiamo proiettarci nel futuro in quanto tale, ma illuminare, attraverso la conoscenza e attraverso la conoscenza della speranza, quello che è il centro del nostro essere, cioè dobbiamo buttare luce, dare senso a ogni momento della nostra vita, specialmente dobbiamo trovare, ricercare la forza per illuminare gli angoli in ombra della nostra esistenza, anche quelli più dolorosi.

LE PAROLE, LE VOSTRE:

Il ritorno a casa

Nicola Riccio

Nella stanza accanto c'è Claudia che ascolta la musica e accompagna con la sua voce il canto.

Sentire la sua voce qui, che canta, è una emozione forte. Fra queste mura era da tempo che non succedeva. No, non sto dicendo che è tutto risolto. Ha le sue crisi e le sue ossessioni. Ma nel cielo le nubi si sono squarciate e tra lampi e tuoni appare il sereno. So bene che la navigazione è ancora lunga, però questa barca tiene la rotta e naviga; ondeggia, sale sull'onda, sbatte e beccheggia ma naviga.

Quando ci siamo incontrati la prima volta con voi di Todi era una barca che andava alla deriva. È dura ma resistiamo. Claudia sta affrontando il suo percorso di dolore con tutta l'energia che ha recuperato in questi 4 mesi trascorsi al Francisci.

Questa cosa, questa sua sofferenza ci ha cambiato la vita...no...ci ha cambiato il modo di viverla questa vita.

Beh...non è particolarmente esaltante! ci voleva il suo dolore? non potevamo essere migliori senza passare questo guado? ma siamo poi veramente migliori? o il suo dolore lo stiamo utilizzando per assolverci da tutto quello che pensiamo di male di noi stessi?.

Ecco vedi, gira e rigira, si pensa solo a se stessi: come sono? ho colpe? questa cosa punisce me? sto spiando?! e così dimentichiamo che il dolore è soprattutto suo! mi dico: ma perchè non è successo a me? sarebbe stato meglio! è facile dirlo sapendo che così non è.

E allora mi sento in colpa. Ancora. Per questo. Perchè sono disponibile a soffrire quando so che non sta succedendo a me. Se fosse successo a me avrei detto: perchè proprio a me? e avrei voluto che fosse successo agli altri.

Ma è successo a mia figlia...quella che a differenza degli altri porta il mio sangue, ha la mia stessa faccia, è più vicina di chiunque alle mie emozioni.

E questo mi fa capire che non posso sottrarmi alla mia porzione di sofferenza e che l'unico modo che ho per aiutarla e per aiutare me stesso è bere allo stesso calice.

Per attraversare insieme a lei queste onde di tempesta in cui abbiamo rischiato di annegare.

Consapevole che mi salvo solo se si salva lei. Ecco perchè la sua voce tra queste mura riempie le molecole dell'aria che respiro. E ogni molecola contiene un frammento dell'anima che si ricompone, occupa uno spazio nuovo e guarda verso oriente la dove ogni giorno sorge il sole.

La fotografia

Andrea Bagni

Nel portafogli una fotografia. Una ragazza di terza media con una bandiera arcobaleno legata in vita come una gonna, i capelli disordinati morbidi sulle spalle. Siamo a una manifestazione per la pace del 2003. Dintorno tutti i colori della festa e nei suoi occhi un entusiasmo strepitoso. Insieme all'immagine il ricordo di quella giornata. Lei che scende dal treno dopo aver viaggiato dalle cinque alle undici di mattina, dietro la banda popolare che suona bella ciao: eccitata, gli occhi sgranati, l'emozione collettiva come un respiro della pelle, il luccicare dello sguardo, una vibrazione dell'anima. Poi il primo anno di scuola superiore, scelta un po' fuori zona, là dove non va nessuna delle sue amiche: così babbo conoscerò più facilmente le persone. I nomi delle future compagne imparati a memoria due mesi prima che la scuola cominci. L'entusiasmo dell'attesa. L'immergersi nella vita come una spugna. Poi il blackout. Va a capire perché. Non esco, non ci vado al collettivo, preferisco stare a casa a studiare. Che è successo? Lo stesso desiderio assoluto di esserci che diventa assoluto sottrarsi. Scomparire. Non essere. Qualcosa è andato male. Non è stato all'altezza delle attese – delle attese sue, stratosferiche. Oppure lei non si è sentita all'altezza. Alla fine nessuna accettazione delle mezze misure: o tutto o nulla, se non posso essere la prima, meglio non gareggiare; se il mondo non può essere perfetto come vorrebbe il mio desiderio, sarà perfetta la mia assenza, la mia rinuncia. Sconfinata e sotto controllo.

E quel controllo diventa prigione di ossessioni e riti, schemi mentali infiniti. Una prigione che ingabbia ma allo stesso tempo protegge. Funziona. Quello che è fuori è libertà ma anche rischio, possibile fallimento, solitudine, paura. Per noi genitori comincia una storia infinita di sensi di colpa. Notti piene di parole che parlano di tutto, dall'inizio. Non le abbiamo trasmesso la misura della realtà, l'accettazione del fallimento, della frustrazione; l'abbiamo viziata, fatta sentire una principessa – adesso tutto il resto non le sembra sufficiente. Solo rimbozzolata fra noi (come diceva da bambina), ora da “malata” può continuare ad essere il centro dell'universo.

E tenerci insieme, accanto, per sempre. Che possiamo fare adesso? Quando le parole non funzionano, le logiche sono incommensurabili, la razionalità sospesa. O sei troppo protettivo e non l'aiuti a cambiare, o troppo esigente e la fai sentire in colpa. Ma mica ce le possiamo permettere altre colpe, ce ne sono già abbastanza. Vi ho deluso vero? Non volevate una figlia così, sognavate altro, quella foto non guardatela più per favore. Meglio non dirle che la porti sempre con te. Meglio dirle che non è vero, che non c'entra niente la delusione. E però senti che non sei del tutto sincero, perché è vero che non te l'aspettavi proprio una figlia così. Vedi un sacco di ragazze che ce la fanno a vivere, ti sembrano tutte piene di energia e vitalità, spudoratamente seduttive. E te lo domandi ogni tanto perché proprio a te una che ha paura di esistere, che cerca la santità della rinuncia. Ti andrebbe bene anche qualche esperto che ti dicesse che è tutta colpa tua, ma spiegandoti perché è successo. Una colpa ha un aspetto liberatorio: ci si fa i conti, è un elemento di razionalità. Senza ci si sente impotenti, dominati dal caso, presi in una maledizione.

Ed è difficile resistere alla sensazione di dover recuperare, tornare presto in carreggiata, come se la vita normale avesse deviato, il corpo subito un guasto e dovesse essere aggiustato per tornare all'efficienza. Certe volte mi hanno domandato quanti anni ha tua figlia e ho avuto la tentazione di rispondere, ne dovrebbe avere diciassette – come se gli ultimi non contassero. Come uno studente che a scuola viene bocciato. Fermato, come si dice per pudore. Invece la vita vive comunque. E i percorsi sono fatti di un bel po' di curve. Ti fanno imbestialire gli amici di famiglia che ti dicono, stai tranquillo andrà tutto bene, vedrai fra

qualche settimana. Dopo un po' senti che lo dicono anche per levarsi il pensiero. È dura stare con il negativo. Andrà tutto bene, quindi non c'è da preoccuparsi; quindi posso continuare a pensare alle mie cose. Invece le cose vanno anche male nel mondo. Non è affatto detto che finirà tutto bene. E tuttavia in parte forse hanno ragione. Bisogna trovare il modo di riconciliarsi con la malattia – cioè con la vita. Con noi stessi e con le nostre colpe. Con le nostre figlie. Senza riconoscersi è tutto più difficile. Bisogna trovare il luogo, le persone, le parole.

Anche se si vorrebbe affidarsi a una medicina magica che faccia tutto da sola, le parole e le persone possono davvero guarire. Abbracciare. E poi non è bello pensare che ci sono corpi feriti da riportare a livelli di prestazione accettabili. Le ferite sono dell'anima e restano dentro, com'è giusto. Sono la nostra storia. Ma certi disastri forse si possono attraversare. Si può accettare il rischio, l'incertezza, la paura, ed uscirne (spero) più vicini alla vita. Cioè a noi stessi. Viventi e umani, dunque fragili. Come le nostre figlie.

Cari genitori

Natascia Pedroni

Lo dico con un filo di voce dalla paura, ma penso proprio di aver cominciato a capire cosa posso fare per aiutare mio figlio ad alleviargli il dolore che gli crea questa terribile malattia.

Questa “arrogante” che si è permessa di intromettersi nella mia famiglia, così violentemente, senza preavviso, calpestandoci ogni giorno sempre più, senza concederci un attimo di tregua, colpendo, inizialmente e soprattutto mio figlio, rendendolo succube di questa dipendenza ossessiva.

Mio figlio, che fino all'età di 16 anni, era la persona più felice, spensierata, allegra, scherzava con tutti, raccontava le barzellette, giocava a basket, a calcio con gli amici. Aveva solo qualche chilo di troppo, ma questo non si notava tanto, considerata l'altezza di m.1,88. Poi un giorno ha cominciato a voler dimagrire, in modo drastico, mangiava solo la sera, selezionando il cibo; quando il suo fisico non ce l'ha fatta più, mangiava molto e vomitava. Paola, sono passati 8 lunghi anni e non pensare che si sia adottata la “regola del fai da te”, anzi, pur non sen-

tendo parlare tanto di questo problema come se ne parla oggi, ci siamo prodigati a contattare vari esperti di ogni genere e luogo; solo delusioni con conseguente peggioramento della situazione. Come avrei potuto aiutare mio figlio se prima qualcuno non aiutava me a capire questa malattia subdola e complicata?. Ma probabilmente nemmeno questi sapevano cosa fare!. Negli incontri dedicati a noi genitori ho visto in faccia il nemico ed ho capito che per annientarlo devo fare ciò che fino ad ora non ho fatto: cambiare atteggiamento, mettendo in pratica quello che in pochi mesi ci hai insegnato e che non avevo capito in 8 anni. Non mi faccio più coinvolgere da mio figlio nell'argomento calorie, c'è la dietista per questo, cerco di mantenere la calma assoluta, nei momenti difficili, aspettando che passi la crisi, piuttosto che insistere a parlare, canto mentalmente, non facendomi prendere dall'impulsività e metto in pratica la filastrocca delle 11 "P":

PENSA PRIMA
PARLA POI
PERCHÈ
PAROLA POCO PENSATA
PUÒ PORTARE
PREGIUDIZI

Solo così si può essere di buon esempio per il malato, evitando così di alimentare la malattia.

Un'altra cosa non giusta che a volte noi genitori e soprattutto noi madri facciamo, è quella di amare i nostri figli più di noi stessi. Il vangelo giustamente dice "Ama il prossimo tuo come te stesso", non dice più di te stesso ed io aggiungo figli compresi.

CONTRIBUTI:

Lucia Bartolini Dietista-Master in Educazione alla salute Perugia

Don Francesco Buono Parroco, docente

Deborah Cesaroni Dietista ASL 2 Palazzo Francisci Todi

Luciana Colombo Medico Igienista ASL 2 Palazzo Francisci Todi

Elisa De Meo Project manager Ricerca Nazionale “Le buone pratiche nei DCA”

Chiara De Santis Dottoressa di ricerca in filosofia e scienze umane
Università degli studi Verona

Emanuela Falconi Counselor Filosofico ASL 2 Palazzo Francisci Todi

Raffaella Fasoli Arte Terapeuta ASL 2 Palazzo Francisci Todi

Nadia Margaritelli Infermiera coordinatrice

Alessia Agrosi Studentessa

Simonetta Marucci Endocrinologa ASL 2 Palazzo Francisci Todi

Sabrina Mencarelli Psicologa ASL 2 Palazzo Francisci Todi

Gaetano Mollo Ordinario Pedagogia Generale Università degli Studi di
Perugia

Dalia Scorsipa Ginecologa ASL 2 Perugia

Viviana Ottaviani Psicologa ASL 2 Palazzo Francisci Todi

Mariella Venturi Capo Sala ASL 2 Palazzo Francisci Todi

Si ringrazia per i disegni *Francesca Bindelli*-attrice.

Per le lettere i genitori: *Andrea Bagni, Nicola Riccio,*
Natascia Pedroni.

INDICE

-
- 8 Introduzione *Paolo Fringuelli*
 Presidente Associazione Mi Fido di Te
- 11 Presentazione *Giuseppe Legato*
 Direttore Generale ASL 2 di Perugia
- 13 Prefazione *Bruno Severi*
 Presidente Ente Tuderte di Beneficenza
 “La Consolazione”
- 15 L’augurio *Laura Dalla Ragione, Paola Bianchini*
- 19 **Capitolo I. Disturbi del Comportamento Alimentare**
- 19 I.1 Cosa sono i Disturbi del Comportamento alimentare:
 Laura Dalla Ragione
- 20 I.2 Il cibo come nemico:
 classificazione dei principali Disturbi dell’alimentazione
 Laura Dalla Ragione
- 25 I.3 Perché una patologia al femminile
 Laura Dalla Ragione
- 28 I.4 Una nuova declinazione del problema:
 il Disturbo da Alimentazione Incontrollata
 Laura Dalla Ragione
- 37 I.5 I disturbi del Comportamento Alimentare
 in età infantile
 Laura Dalla Ragione
-

- 41 **Capitolo II. Conoscere il problema**
- 41 II.1 I segnali da decifrare
 Sabrina Mencarelli
- 42 II.2 I fattori di rischio di una epidemia globalizzata
 Sabrina Mencarelli
- 46 II.3 Quali i fattori precipitanti:
 improvvisamente cambia tutto
 Sabrina Mencarelli
- 48 **Capitolo III. Nuovi disturbi del Comportamento
 Alimentare e mode pericolose**
- 48 III.1 L'ossessione di mangiare sano: l'ortoressia
 Laura Dalla Ragione
- 50 III.2 Il pericolo in Internet: i siti *ProAna*
 Laura Dalla Ragione
- 53 III.3 Anche i maschi si ammalano: corpi scolpiti
 Laura Dalla Ragione
- 54 III.4 Lo sport come fattore di rischio nei Disturbi del
 Comportamento Alimentare
 Laura Dalla Ragione
- 57 **Capitolo IV. Cercare Aiuto**
- 58 IV.1 Aiutare nel riconoscere il problema
 Simonetta Marucci
- 63 IV.2 E se nega?
 Paola Bianchini
-

- 65 IV.3 La motivazione
Simonetta Marucci
- 69 IV.4 Capire cosa rappresenta la malattia
Simonetta Marucci
- 74 IV.5 Terapie: come scegliere?
Laura Dalla Ragione
- 80 IV.6 Si guarisce?
Laura Dalla Ragione
- 81 IV.7 Lo stato dell'arte dell'assistenza DCA in Italia:
a chi rivolgersi?
Elisa de Meo
- 85 **Capitolo V. Educare all'alimentazione**
- 85 V.1 L'alimentazione
Deborah Cesaroni
- 86 V.2 Come si può intervenire
sul comportamento alimentare
Deborah Cesaroni
- 90 V.3 Quando la paziente decide di curarsi
Deborah Cesaroni
- 96 V.4 Cosa rappresenta il cibo
Lucia Bartolini
- 102 V.5 La paura di mangiare insieme
Lucia Bartolini

107 **Capitolo VI. Il rapporto con il corpo**

107 VI.1 Il corpo
 Paola Bianchini

110 VI.2 Come mi vedo
 Paola Bianchini

112 VI.3 Come mi vedono
 Paola Bianchini

115 **Capitolo VII. La famiglia**

115 VII.1 I nostri figli, gli adolescenti:
 ma cosa gli passa per la testa?
 Laura Dalla Ragione

121 VII.2 Genitori in prima linea
 Paola Bianchini

125 VII.3 Il senso di colpa, la rabbia
 Paola Bianchini

126 VII.4 Perchè noi?
 Paola Bianchini

128 VII.5 Come fare con gli altri figli?
 Paola Bianchini

130 VII.6 L'ascolto del bambino
 Gaetano Mollo

132 VII.7 Il rapporto di coppia
 Paola Bianchini

-
- 136 **Capitolo VIII. La relazione con l'altro**
- 136 VIII.1 Le parole che curano
 Nadia Margaritelli
- 140 VIII.2 L'accoglienza
 Mariella Venturi
- 144 VIII.3 Il corpo che cambia:
 gli incontri con la ginecologa
 Dalia Scorsipa
- 154 VIII.4 Quando si ammala il coniuge
 Paola Bianchini
- 156 VIII.5 La comunicazione
 Paola Bianchini
- 159 VIII.6 La relazione
 Paola Bianchini
- 162 VIII.7 Gli insegnanti
 Chiara De Santis
- 166 VIII.8 I colleghi di lavoro
 Paola Bianchini
- 169 **Capitolo IX. L'Identità**
- 169 IX.1 Identità e Disturbi Alimentari:
 a proposito della difficile costruzione dell'identità
 Laura Dalla Ragione
- 172 IX.2 La rabbia, il rancore
 Paola Bianchini
-

- 174 IX.3 Una ragazza perfetta
Alessia Agrosi
- 183 IX.4 Il controllo
Paola Bianchini
- 186 IX.5 L'ossessione
Paola Bianchini
- 189 IX.6 Il rito
Paola Bianchini
- 192 IX.7 Desiderio Infinito
Paola Bianchini
- 198 **Capitolo X. La prevenzione**
- 198 X.1 I progetti della Associazione nelle scuole
Paola Bianchini
- 201 X.2 Il senso della formazione: educare ai valori
Chiara De Santis
- 205 X.3 Il valore della prevenzione:
libertà e responsabilità
Emanuela Falconi
- 207 X.4 La comunicazione con gli adolescenti
Viviana Ottaviani
- 209 X.5 L'investimento sul corpo degli adolescenti:
genitori, scuola, mass-media, gruppo di pari
Raffaella Fasoli

-
- 212 X.6 Come interpretare i segnali di disagio a scuola:
il ruolo dei professori
Paola Bianchini
- 216 X.7 Lavorare sull'autostima
Paola Bianchini
- 219 **Capitolo XI. La guarigione**
- 219 XI.1 Vuoi guarire?
Don Francesco Buono
- 228 XI.2 Il valore del dolore: un percorso nella meditazione
Luciana Colombo
- 230 XI.3 L'ascolto: l'Associazione "Mi Fido Di Te"
Paola Bianchini
- 233 XI.4 La speranza
Paola Bianchini
- 237 **Le parole, le vostre:**
Il ritorno a casa Nicola Riccio,
Una fotografia, Andrea Bagni
Cari genitori, Natascia Pedroni
- 253 Ringraziamenti
- 255 Biografie curatrici

RINGRAZIAMENTI

Come sempre dietro la realizzazione di ogni progetto c'è l'impegno e la passione di molti. Amministratori, tecnici, operatori, familiari, pazienti e tante persone di buona volontà, hanno costruito quella sinergia che a volte, fa diventare i sogni realtà. Tutti hanno contribuito per un pezzo, piccolo o grande che sia ma sempre importante, a costruire il mosaico di intenti che ha portato alla costituzione del Centro Palazzo Francisci e della Associazione Mi fido di Te. La ASL 2 dell'Umbria e l'Azienda Ospedaliera di Perugia nelle persone di Walter Orlandi, Alessandro Truffarelli, Giuseppe Legato. Gli Amministratori del Distretto Media Valle del Tevere della ASL 2: Gianfranco Salierno, Filippo Bauleo, Stefano Lentini.

L'Ente Tuderte Benefico La Consolazione con l'ex presidente Paolo Ferracchiati che ha dato coraggiosamente inizio al progetto di Palazzo Francisci e con il nuovo presidente Bruno Severi, che ha continuato egregiamente l'opera. Il Comune di Todi, nel senso più profondo di Comunità, che con l'ex sindaco Catuscia Marini ci ha consentito di realizzare l'idea di cura che avevamo in mente e con l'attuale sindaco Antonino Ruggiano e il suo staff che ci fanno sentire parte davvero della Comunità tuderte. La Regione dell'Umbria nel suo Assessore alla Sanità Maurizio Rosi e Direttore Generale Paolo di Loreto.

Molti ci hanno aiutato: il Vescovo di Todi Mons. Scanavino e Don Carlo, Mario Ciani per i Lyons di Todi, Roberta Angelantoni, l'Associazione Amici di Todi .

Artisti e persone di cultura che hanno messo a disposizione la loro arte e il loro sapere: Anna Giannatiempo Quinzio, Gaetano Mollo, Flavio Cuniberto, Antonia Mulas, Nino Bizzirri, Bruno de Franceschi, Lorenzo Cherubini Jovanotti, Rossella Vasta, Luigi Foglietti, Bianca Rinaldo, Elisa Rasotto, Simona Ghizzoni, Mauro Fermariello. A tutti gli operatori di Palazzo Francisci e del nuovo Centro DAI di Città della Pieve perché ognuno, giorno dopo giorno, rende possibile la difficile cura di questi disturbi.

E infine ai veri protagonisti di questo testo: l'Associazione nella persona del suo infaticabile Presidente Paolo Fringuelli, i pazienti e i loro familiari che ci hanno insegnato tantissimo e senza i quali non avremmo potuto affrontare tante battaglie.

Laura Dalla Ragione, Paola Bianchini

Todi Ottobre 2008

Laura Dalla Ragione: Psichiatra e psicoterapeuta ha fondato e dirige il Centro per i Disturbi Alimentari Palazzo Francisci di Todi ASL 2 Perugia. Ha contribuito alla costituzione del Centro analogo a Chiaromonte in Basilicata. Consulente per il Ministero della salute e del Ministero della Gioventù.

È autrice di numerose pubblicazioni sull'argomento:

La casa delle bambine che non mangiano 2005

Il cuscino di Viola 2006

L'anima ha bisogno di un luogo 2007

Indirizzo e-mail: dallaragione@tiscali.it

Paola Bianchini: Conduce gruppi di ascolto filosofico per pazienti e genitori presso il centro Palazzo Francisci di Todi ASL 2 Perugia. Si occupa di progetti di prevenzione sul disagio giovanile nelle scuole. Collabora con la cattedra di Filosofia Estetica e Pedagogia Generale Università degli studi di Perugia. Redattore della rivista di spiritualità moderna e filosofia Estetica *Davar*.

Con Laura Dalla Ragione ha scritto:

Il cuscino di Viola 2006

Indirizzo e-mail: bianchinipaola@libero.it

