

Il modello integrato nell'approccio all'anoressia nervosa

O. Bellini¹, G. Di Pietro², C. Bellini³

¹Presidente Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica

²Ricercatore Università Federico II, Napoli

³Università Federico II, Napoli

L'attualità del tema, l'impegno dei ricercatori e la numerosa partecipazione di pubblico ai convegni evidenziano lo sforzo di comprensione dell'eziopatogenesi e della terapia di questi abnormi comportamenti; l'aumento di nuovi casi per anno di Anoressia e di Bulimia Nervosa ha impegnato il Ministero della Sanità, attraverso una commissione individuata ad hoc, a definirne le caratteristiche e ad individuare dei Centri Regionali che, per esperienza, potessero costituirsi come Osservatori del fenomeno e riferimento sia per la funzione assistenziale sia per progetti di ricerca.

La Clinica Psichiatrica dell'Università "Federico II" di Napoli, che ha iniziato gli Studi sull'Anoressia sin dal 1980, in collaborazione con la Cattedra di Nutrizione Clinica del "Federico II" e, dal 1993, con la Cattedra di Nutrizione Clinica de "l'Ateneo" di Napoli è stata individuata come uno dei Centri di osservazione e di riferimento per le problematiche anoressiche; la Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica collabora, attraverso delle Convenzioni Universitarie, con questo Centro nella funzione assistenziale e in attività di formazione.

Questo Centro ha svolto, in 18 anni, una funzione assistenziale su una popolazione globale di circa 900 soggetti affetti da disturbi del Comportamento Alimentare (Bulimia, DANAS ed ovviamente Anoressia), attivato corsi di formazione e condotto ricerche sulle componenti psicologiche proprie di una unità operativa integrata costituita da medici, psichiatri e psicoterapeuti e sulla struttura psicologica delle anoressiche, come appare nella fase iniziale del contatto istituzionale.

L'esperienza assistenziale e di ricerca è stata condotta in ambito istituzionale attraverso incontri ambulatoriali; i soggetti affetti da Anoressia da noi seguiti sono stati più di 500 sui 900 della popolazione globale.

Il numero di ricoveri in ambiente medico e/o in ambiente psichiatrico è stato molto contenuto, circa il 3%, per una durata media di cinque giorni; l'apporto della terapia psicofarmacologica, per casi particolari, è stato prevalentemente caratterizzato dall'impiego di ansiolitici o antidepressivi, con protocolli ambulatoriali.

Nel periodo 1997/98 per un incremento della richiesta pari al 150% annuo – nel '97 abbiamo avuto 216 casi nuovi di D.C.A., di cui 47 Anoressiche e nei primi cinque mesi del '98 116 casi nuovi, di cui 23 Anoretiche – si è avuta una saturazione della nostra capacità assistenziale; ciò ha comportato da un lato la necessità di un ricovero in ambiente medico e/o psichiatrico di casi che prima venivano seguiti in regime ambulatoriale, e dall'altro la costituzione di una rete di operatori dislocata sul territorio a coprire l'intera Regione, con cui collaborare sia sul piano assistenziale che su quello della ricerca.

Stati di difficoltà e di sofferenza, lungo lo sviluppo della sessualità e l'acquisizione dell'identità, portano un numero considerevole di soggetti all'incontro con un'équipe medica, psichiatrica, psicoterapica; ci è sembrato, quindi, opportuno considerare le componenti psicologiche attivate da queste forzate interazioni e sull'influenza che esercitano sulle modalità di relazione dell'équipe chiamata a farsene carico.

L'attenzione e la consapevolezza di queste componenti psicologiche ha trasformato l'équipe, intesa come un insieme di persone con differenti saperi chiamate a gestire problemi, in uno strumento di ricerca per la capacità che ha maturato di riflettere sull'esperienza ed ha prodotto una propria Metodologia di assistenza alla paziente Anoressica e di ricerca sull'Anoressia. Questa Metodologia si caratterizza di una:

- (a) Modalità integrata Medico-Psicoterapica (secondo modalità e tecniche di intervento a carattere Psicoterapico, oggetto di ricerca di settori specialistici della Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica) e alla

identificazione di una:

- (b) Tipologia della paziente Anoretica: attraverso una riflessione sul rapporto dinamico tra sindrome e personalità, utilizzata per la scelta di modelli di terapia da suggerire dopo la fase diagnostica.

Illustrerò i due aspetti di questa Metodologia nelle attività ambulatoriali istituzionali con considerazioni sull'esperienza clinica relative al funzionamento del modello integrato, alla fase psico-diagnostica e ad alcune considerazioni sul significato della sindrome anoressica.

Premessa teorica alla modalità integrata medico-psicoterapica

La storia della eziopatogenesi dell'Anoressia Nervosa è caratterizzata dall'alternarsi di teorie interpretative, ora a carattere organicistico ora a carattere psicogeno; ciò, a mio avviso, dipende dalla concezione, ereditata da Cartesio, di considerare il corpo separato dalla mente.

Studi recenti (1) mirano a ridurre lo iato tra gli aspetti sostanziali dell'individuo (da *individuum* = essere non divisibile) e ad affrontare le interrelazioni complesse tra fenomeni somatici e mentali ripensando lo sviluppo dell'individuo come espressione di processi di differenziazione in un continuum corpo-mente.

L'entità uomo può essere considerata il risultato di fenomeni evolutivo-maturativi, modulati da processi di *integrazione* che si sviluppano, tra l'altro, secondo una polarità potenzialmente oscillante tra fasi precedenti e seguenti dello sviluppo; la funzione mentale viene così emergendo tra una polarità biologica, o meglio psicobiologica, ed una ambientale (2).

Winnicott differenzia la psiche, che considera direttamente connessa o in rapporto col corpo e col funzionamento corporeo, dalla mente che ha le sue radici nell'esistenza e nel funzionamento di parti del cervello filogeneticamente più recenti (3). Quindi la psiche, come ciò che è sensazione-emozione, direttamente in relazione al corpo, va concettualmente differenziata dalla mente che, tra le altre funzioni, esplica quella di relazionarsi, in modo consapevole e attraverso gli affetti, con l'ambiente. Questi tre differenti

aspetti dell'individuo (corpo, psiche, mente) vanno integrandosi continuamente tra loro e questo processo di integrazione, sottolinea ancora Winnicott, non è funzione solo della neurofisiologia, ma anche di certe condizioni ambientali: quelle che sono fornite dalla madre ambiente.

L'esperienza clinica ha orientato la conoscenza verso le condizioni iniziali dell'esperienza umana secondo un percorso che è andato svolgendosi dalle vicende edipiche descritte da Freud e dagli assetti preedipici della personalità del modello kleiniano alla relazione oggettuale (Fairbairn 1952; Winnicott 1958, 1963, 1967) e, via via, alle vicende connesse agli stati di simbiosi (Bleger 1967), ai processi di separazione (Malher 1975), agli stati di integrazione e di organizzazione di base (Gaddini 1984), fino agli attuali studi sulla fase contiguo-autistica (dialetticamente articolata con la fase schizoparanoide e depressiva; Ogden 1989) e sulla fusionalità.

Questi studi indagano i periodi più precoci dello sviluppo, afferenti ad aree esperienziali prenatale e neonatale (Neri, Pallier e altri 1990).

Questo percorso ha avuto un enorme riflesso nella prassi terapeutica, permettendo ad essa di accostarsi, con nuove metodologie e variazioni di tecnica, ad aree di sofferenza sempre più complesse, quali gli stati psicotici, gli stati limite e le perversioni, con modifiche anche dei concetti teorici.

L'evoluzione dei modelli concettuali si riflette, infatti, sulla modalità dello stare insieme nella relazione e sugli strumenti di scambio e di interazione: da un concetto di neutralità del terapeuta da una concezione del controtransfert come fenomeno di interferenza da controllare si passa alla centralità delle dinamiche transfert-controtransfert.

Queste dinamiche assumono sempre più un ruolo rilevante, in modo particolare da quando il campo dell'esperienza clinica si è ampliato dalle patologie del conflitto, la cui *risoluzione* si basava prevalentemente sull'interpretazione (uso della parola), alla patologia del deficit e/o del difetto-arresto dello sviluppo maturativo, per la cui *cura*, l'empatia, la capacità di rêverie, il rispecchiamento, l'uso del *pensare* del terapeuta e le modalità di restituzione del *pensato* si configurano come strumenti privilegiati e capaci, attraverso piccole modificazioni del ritmo e della tonalità della

relazione, di determinare trasformazioni significative dell'esperienza di legame.

I disturbi del comportamento alimentare si collocano, per le caratteristiche che li definiscono, nell'area in cui ciò che è sensazione-emozione resta confinato, vuoi per effetto della rimozione o per effetto di arresto di sviluppo, nello spazio somatico.

La loro espressione, pertanto, viene prevalentemente affidata all'agire e ad organizzarsi in comportamenti, in attesa di trasformazioni che, attraverso il processo della relazione, diano loro forma e rappresentabilità psichica prima e, successivamente, attraverso l'acquisizione di senso, direzione e consapevolezza, li trasformi in affetti, propri della dimensione mentale e relazionale dell'individuo separato e adulto.

L'Anoressia Nervosa si situa, quindi, su di un crinale o nodo di enorme interesse clinico e scientifico in quanto essa, insieme ad altri disturbi del comportamento alimentare ed in maniera più evidente che in altre sindromi psichiatriche, si pone in quell'area di confine tra processi somatici e psichici che definiscono modalità relazionali primarie; è l'area dei fenomeni protomentali di cui parla Bion (4), in cui il fisico, lo psicologico e il mentale sono indifferenziati.

La consapevolezza che la fenomenologia anoressica, in certi tipi piuttosto che in altri, si colloca su questo crinale ha un riflesso non indifferente nella prassi clinica, nel modularne l'approccio, nel fornire basi di lettura dei comportamenti e dello stile che la relazione terapeutica va assumendo; inoltre il suo studio si rivela di particolare interesse per la conoscenza dei fenomeni relativi a fasi precoci dello sviluppo.

Integrazione medico-psicoterapica

La nostra esperienza di collaborazione clinica con le Cattedre di Nutrizione Clinica delle Università di Napoli sull'Anoressia Nervosa avviene nell'ambito di questa cornice teorica.

L'unità di lavoro medico-psicoterapica è costituita da Psicoterapeuti, Psichiatri e Psicologi di diverso indirizzo formativo e da Medici e Dietiste.

L'integrazione dei due gruppi in una unità operativa ha richiesto tempo per superare difficoltà di linguaggio e di prospettiva legate a naturali differenze epistemologiche e metodologiche.

Essa è andata sviluppandosi nel tempo e si è rivelata molto interessante ed utile perché ha portato ad una coesione del gruppo e ad una modifica della prassi operativa iniziale in cui gli incontri congiunti a frequenza monosettimanale consistevano in semplici scambi di notizie sui casi clinici.

Ben presto gli incontri sono diventati spazio di confronto e discussione sulle modalità di interazione tra le pazienti e chi se ne occupava e di contenimento attraverso il riconoscimento delle reazioni emozionali, spesso a carattere aggressivo, manifeste o larvate, che a volte la relazione elicitava.

Il portare all'interno del gruppo l'ansia dei medici e l'angoscia dello psicoterapeuta di fronte a gravi stati di emaciazione ha modificato la qualità del rapporto con le pazienti e mitigato le reazioni aggressive. La riflessione congiunta sulla prassi ha migliorato la gestione della problematica anoressica e ha organizzato un modello integrato per l'approccio all'Anoressia (esteso anche alla Bulimia Nervosa e, attualmente, stiamo verificando una sua applicazione nell'esperienza con i BED e i DANAS); questa prassi ci permette l'assistenza prevalentemente ambulatoriale del problema, riservando il regime di ricovero ai casi di emergenza.

La fiducia in un contenimento reciproco e lo spazio in cui discutere liberamente i propri movimenti emozionali hanno permesso una disponibilità più attenta alla relazione; ciò ha determinato una riflessione sugli eventi iniziali dell'incontro e una maggiore comprensione della richiesta di aiuto e delle sue qualità, del suo senso e delle sue caratteristiche.

L'incontro e la richiesta di aiuto

La domanda di aiuto

La richiesta di aiuto, rivolta dalle pazienti, ma più spesso dai familiari, è stata da noi considerata nel suo insieme un'azione motoria (5) (prendere contatto, recarsi, ecc.) determinata dagli affetti; gli *affetti* (6) sono motori non solo perché attraverso l'azione tendono a scaricarsi quando il dolore men-

tale o il sovraccarico affettivo oltrepassa le capacità di assorbimento delle difese attuali (McDougall 1989), ma (Modell 1990) perché esaminano attivamente l'ambiente umano con il fine di ritrovare una categoria affettiva, cioè una forma condivisa di conoscenza e interpretazione della realtà che la rende visibile, per chi pone la domanda, come ambiente accogliente di bisogni.

Questa azione veicola la comunicazione (7) di un disagio o di una sofferenza, percepiti entrambi come molto concreti, che riguardano Sé o una relazione significativa, con carattere di infomazione: *la comunicazione ha cioè le caratteristiche di un elemento di conoscenza recato con un messaggio che ne è il supporto* (richiesta di dare risposta, forma e senso al disagio) e di cui essa costituisce il significato.

Essa viene posta spesso in uno stato di consapevolezza, ma non di senso e di autocoscienza: penso, per es., alle pazienti che riferiscono una compulsione ideativa o di comportamento a cui non sanno dare un significato, che accompagna un'esistenza che per altri versi può apparire ben adattata; o alle pazienti che esprimono psicosomaticamente le emozioni dolorose, come se il loro funzionamento mentale non potesse contenerle ed organizzarle in una forma che include la loro espressione attraverso il linguaggio (McDougall 1989).

Possiamo pensare, come altro esempio, agli eventi che vengono riferiti come contesto in cui inizia la restrizione dell'assunzione di cibo: essi sono riportati ad esperienze di separazione e perdita o a eventi che infliggono una ferita narcisistica (esame andato male, non accoglienza nel gruppo di coetanei, rifiuto di un ragazzo, ecc.); di essi vi è consapevolezza, ma non è possibile, per le pazienti, elaborarne un senso.

La richiesta di aiuto allora assume il significato, per il terapeuta, di un *riferire* un conosciuto non pensato e/o non ancora pensabile (Bollas 1989), che si cristallizza in configurazioni somato-psichiche (9) o, più spesso, in configurazioni emozionali *in-formazione*, cioè potenzialmente polarizzabili nell'area della rappresentazione, del simbolo e dei significati.

La modalità di espressione della richiesta, diretta o mediata da altri o attraverso acting che richiamano prepotentemente l'attenzione, polarizza il

senso di chi si dispone ad ascoltare, offrendosi come “un luogo spazio-tempo vivo” abile ad accoglierla.

È la richiesta di farsi carico in modo particolare del problema, cioè di una sua totale assunzione (compresa la diffidenza) non nella sola gestione e preoccupazione, ma nella dimensione di un carico affettivo ed emotivo e di una pensabilità che deve rimanere almeno per un certo tempo nella “mente” dell’equipe terapeutica.

Ciò comporta, per l’équipe, tollerare la lentezza con cui si stabilisce la collaborazione, ma non la relazione che invece è immediata e molto intensa a livello profondo e tollerare i movimenti di “personalizzazione” dei protocolli dietetici e, anche, la confusione che a volte la fase iniziale dell’incontro comporta, cioè tollerare quella che possiamo definire, in una parola, la modalità della richiesta di aiuto.

Il contenere la *modalità* della richiesta di aiuto è un *atto organizzante* delle realtà multidimensionali dell’atto terapeutico, attraverso l’emozione che è capace di promuovere.

L’emozione (10) costituisce l’elemento che realizza un senso di unità o, al contrario, può determinare momenti di scissione e di frammentazione.

Gli stati di coscienza, infatti, sono penetrati e organizzati dall’emozione dominante; essa costituisce un elemento aggregante di frammenti e parti disorganizzate che aspettano di coagularsi e orienta l’attività della coscienza, come organo percettivo, verso l’area dell’incontro.

Questo fenomeno, tipico dell’incontro, viene percepito, a volte in modo violento e drammatico, dal terapeuta, il quale attraverso l’elaborazione può organizzarlo in contenuti dotati di senso, invece di agire difensivamente.

L’occasione dell’incontro, quindi, ricrea la condizione per uno spazio che, non saturato dalla identificazione proiettiva, può essere disponibile, attraverso la illusoria (11) concretizzazione (Ogden 1991) di fantasie-attese, al qui ed ora dell’esperienza. Ciò può essere segnalato dalla modificazione dell’atmosfera, del tono e del ritmo della relazione nei successivi incontri, dal calo della tensione per lo più somaticamente espressa.

Il senso della richiesta

Il riferire la richiesta di aiuto esprime un elemento transferale, che possiamo considerare *affidente ad un processo spontaneo* (12), diverso dal transfert interno ad una situazione, ormai stabile, di trattamento (13). Scrive Model:

“Esso rientra, quindi, in una coazione a ripetere, non espressione di una pulsione di morte, ma come ricerca di un'identità percettiva fra gli oggetti presenti e quelli passati (Edelman 1987). L'apparato motorio del paziente (affetti) evoca le risposte affettive del terapeuta per trovare una corrispondenza percettiva allo scopo di costituire, nel qui ed ora, una categoria affettiva. La percezione è la riscoperta, il ritrovamento di categorie (sensazioni e rappresentazioni di esperienze a cui riportare prevalentemente e costantemente gli elementi della percezione) già immagazzinate nella memoria, non solo psichica, ma anche somatica (14), che necessitano di azioni ripetitive mediante le quali l'ambiente viene periodicamente saggiato e testato, cosicché il ritrovamento di una novità conduce ad una ritrascrizione del ricordo in un nuovo contesto. Ciò che viene immagazzinato, memorizzato nell'esperienza non è una replica dell'evento, ma piuttosto la potenzialità a generalizzare o a ritrovare la categoria o la classe a cui l'evento appartiene (Modell 1990), per es. accoglimento o rifiuto....

L'uso da parte della paziente delle risposte affettive dell'analista può anche essere posto al servizio della riparazione del deficit evolutivo, in quanto le risposte affettive del terapeuta possono condurre alla sostituzione di ciò che mancava“ (Modell 1990).

Le risposte dell'équipe terapeutica, che definiscono la prassi operativa, sono da considerare come comportamenti legati a mobilitazione di affetti (motori) che configurano l'incontro come un evento dinamico che mette in moto modalità adattative funzionali alla realtà esperita nel e del qui ed ora; queste modalità trasformano la *disponibilità* della paziente e dei terapeuti all'esperienza e agli eventi della relazione in un *processo di acquisizione di*

consapevolezza e di capacità di pensiero; questo processo si sviluppa, a volte, attraverso perturbazioni caotiche poco comprensibili se consideriamo lo svolgersi dei fenomeni attraverso il solo paradigma dello stretto rapporto tra causa ed effetto, che esclude la possibilità di assetti e fenomeni diversi da quelli attesi; la complessità della relazione della patologia anoressica è, in parte, dovuta al suo dispiegarsi secondo modalità confuse e caotiche.

La riflessione sull'esperienza clinica ha portato al riconoscimento di alcuni dei meccanismi prevalenti con cui le anoressiche interagiscono con l'ambiente e cioè la scissione e la identificazione proiettiva. L'effetto del meccanismo di scissione era praticamente evidente per la difficoltà di comunicazione tra l'équipe, la paziente e la famiglia nel definire la patogenesi del disturbo nei limiti del somatico e/o dello psichico. La conseguenza era una sorta di confusione, di cui tutti gli operatori hanno fatto esperienza, con la tendenza ad un rimando di priorità tra gli psicoterapeuti, i medici e i familiari; in altri termini, si verificava spesso che le famiglie e/o le pazienti portavano i problemi somatici agli psicoterapeuti e quelli psicologici ai medici. Il secondo meccanismo – l'identificazione proiettiva – portava le pazienti a porre i propri desideri e le proprie paure (loro parti scisse e proiettate) nei medici e nei familiari, che diventavano particolarmente preoccupati di rialimentarle in maniera soddisfacente, mentre esse continuavano a mantenere il loro onnipotente distacco. Ciò ha creato momenti di tensione e di confusione gradualmente contenuta ed elaborata negli incontri congiunti; il rifiuto ad alimentarsi determinava, infatti, vissuti di tradimento e ci si lasciava ingaggiare in una sorta di competizione sulla variazione del peso. Il lavorare insieme ha permesso la comprensione e la gestione di queste dinamiche, ridimensionando le aspettative, privilegiando, inizialmente, l'arresto della caduta ponderale piuttosto che un repentino aumento del peso corporeo.

Gradualmente è maturata nei medici la disponibilità a comprendere le difficoltà delle pazienti, riconoscere il bisogno di un ambiente accogliente e capace di contenere il dolore mentale per la ferita narcisistica, a non agire

le controidentificazioni e tollerare la “personalizzazione” dei protocolli dietetici, e negli psicoterapeuti la disponibilità ad una maggiore attenzione al corpo e non solo alla sua immagine *delirante*: nella relazione con lo psicoterapeuta appare più evidente lo sforzo dell'anoressica di negare il corpo, confermando l'interpretazione all'ascetismo di cui la letteratura parla, mentre nell'ambito medico il corpo è oggetto, da parte dell'anoressica, di forti manifestazioni di ambivalenza, come risulta evidente dal fatto che la sua gestione confusivamente viene demandata al medico e poi vanificata attraverso un rivendicarne un possesso ed un accudimento secondo modalità proprie che mirano a ridurre il dolore mentale. Infatti, sin da quando il corpo comincia ad affacciarsi alla coscienza e alla consapevolezza della paziente, diviene oggetto di angoscia e di sofferenza; nell'anamnesi si può rilevare un sentimento di perplessità, rifiuto e ribellione al menarca; il test della Silhouette ha messo in evidenza che oggetto di angoscia sono il seno e i fianchi, vissuti di volume maggiore rispetto alla realtà e sovrastimati; questa dispercezione contribuisce al vissuto delirante della propria immagine corporea e configura il bisogno di un continuo attacco ai caratteri e alle forme che ne definiscono la identità di genere.

Mi sono dilungato della descrizione di questo aspetto del gruppo integrato perchè i livelli di comprensione e di consapevolezza hanno trasformato la funzionalità dell'équipe medico-psicoterapeuta da funzione assistenziale in strumento di ricerca capace cioè di lettura non solo dei fenomeni, ma anche dei significati, su cui poi modulare le caratteristiche di intervento.

Il secondo punto del nostro metodo è strettamente dipendente a questa trasformazione di funzione e descrive le tipologie diagnostiche del comportamento anoressico: esse nascono dalla riflessione sul rapporto dinamico, cioè prevalenza di configurazioni psichiche tra sindrome e personalità, come appare nella relazione con l'équipe.

Essa ha elaborato e individuato criteri per affinare la diagnosi attraverso una Prassi così articolata (TAV 1):

- (1) *Una serie di colloqui individuali e di interviste con tutti i membri della famiglia;*
- (2) *Test della silhouette per lo studio dell'immagine corporea e di altri test di personalità;*
- (3) *Riunione congiunta dei due gruppi per formulare la diagnosi di anoressia, intesa come disturbo cronico da malnutrizione, non avulsa dal contesto psicologico e relazionale familiare;*
- (4) *Strategie terapeutiche e modalità di interventi farmacologici, psicoterapeutici individuali o familiari;*
- (5) *Computerizzazione dei dati, per la loro elaborazione statistica, in un programma appositamente preparato.*

Fermo restante che la diagnosi di ingresso si avvale dei criteri definiti dal DSM IV con i due sottotipi riferiti al comportamento – Restrittivo e Bulimico – in base alla nostra esperienza possiamo aggiungere le seguenti considerazioni:

L'anoressia nervosa consiste in uno stato di malnutrizione cronica di varia intensità, associata a un assetto psichico caratterizzato da:

- (a) *scissione e prevalenza di meccanismi primitivi (identificazione proiettiva, deficit dei meccanismi introiettivi, negazione e idealizzazione);*
- (b) *immaturità della differenziazione sessuale e dell'identità;*
- (c) *immaturità dell'immagine corporea (Test della Silhouette: sovrastimazione prevalente di parti e, a volte, di tutto il corpo);*
- (d) *relazioni oggettuali perverse e tendenza all'acting.*

A questo nucleo si accompagna un corteo sintomatologico diversificato che ha permesso di distinguere cinque tipologie anoretiche in base alle quali produrre degli orientamenti terapeutici:

- (1) *Modalità comportamentali riferibili ad un prevalente assetto narcisistico - 28%: con aspetti di ritiro e di relazione centrata sul sé. Gli aspetti di competitività, in queste pazienti, sono contenuti dall'anoressica e riescono a realizzare il lato "positivo" del vissuto narcisistico: perse-*

guimento di ideali, comunicazioni di tipo ironico-umoristico, riflessioni sagge, ecc. La decifrazione dei significati "negativi" da parte di familiari, medico e psicoterapeuta può determinare un corto circuito difensivo, del tipo acting suicidiario. Il livello evolutivo in cui si colloca questo tipo è relativo ai processi di fusione/differenziazione.

- (2) *Conflitti adolescenziali riguardanti la separazione - 40%*: le pazienti presentano problemi di separazione e d'identificazione dove è evidente, in primo piano, il problema dell'autonomia dall'immagine genitoriale.
- (3) *Modalità sintomatiche depressive - 30%*: in cui in primo piano prevalgono gli aspetti di autoaggressività, svalutazione, ipercritica. Alle pazienti con queste caratteristiche tipologiche possiamo dare indicazioni di psicoterapie individuali e/o di gruppo sia orientate analiticamente sia relazionali, con sostegno alla madre o alla coppia genitoriale.
- (4) *Modalità sintomatiche psicotiche - 6%*: caratterizzata da perdita dei confini del sé e frammentazione dell'ideazione, con comparsa di deliri a vari contenuti. Le indicazioni terapeutiche per questi casi sono prevalentemente psicofarmacologiche con colloqui di sostegno.
- (5) *Modalità sintomatiche psicosomatiche - 4%*: in cui spesso sono presenti vomito spontaneo e modico dimagrimento. Non vi è conflitto col cibo. Per questi casi la gestione è prevalentemente medica con colloqui di sostegno e di orientamento al medico.

Conclusioni

La nostra tipizzazione ci ha permesso di utilizzare la fase diagnostica per individuare quale senso abbia il comportamento anoressico nell'economia dello sviluppo di personalità. Il Comportamento anoressico si configura come un contenitore di parti escluse dalla possibilità di accedere ai processi di elaborazione e ad acquisire significati, a tenere scisse e "congelate" parti di Sé di diversa valenza emozionale ed affettiva per la presenza di oggetti narcisistici a struttura arcaica e a modalità relazionale interna tirannica e molto distruttive nel loro possibile movimento evolutivo come

avviene nelle narcisistiche, o per eludere il contatto con spietati sensi di colpa e di spunti autosvalutativi, come nel tipo depressivo, o di tematiche deliranti di tipo francamente persecutorio, come nelle psicotiche, o per impossibilità di funzione di uno spazio psichico capace di accogliere e di organizzare in rappresentazioni le sensazioni, come nelle psicosomatiche.

L'utilizzo di questa metodologia, ha permesso la gestione della crisi, intesa come momento di consapevolezza dello stato di patologia da parte della famiglia e delle pazienti, attraverso un'attività prevalentemente ambulatoriale e di mirare il successivo orientamento terapeutico ed ha portato la percentuale della mortalità, in questa iniziale e delicata fase, allo 0,3% di tutta la nostra popolazione.

Ringrazio i diversi Enti che hanno concorso all'organizzazione di questo convegno su un tema così attuale e grave e mi auguro che Associazioni ed Enti così attenti a queste gravi problematiche possano darsi sempre più spesso occasioni di confronto e di riflessione per la comprensione dell'eziopatogenesi e la terapia di una patologia così multiforme.

Note

- (1) Modelli paralleli della mente di Gaddini, gli studi di Ferrari e di McDougall.
- (2) Ambiente nel senso di Winnicott, cioè come realtà di influenze psichiche
- (3) "... Agli inizi – scrive Winnicott (1963) – la madre deve adattarsi in modo quasi totale ai bisogni del bimbo ... tuttavia essa è in grado di ridurre questo suo adattamento e di ridurlo sempre più perché la mente del bambino e i suoi processi intellettuali sono idonei ad accettare diminuzioni di tale adattamento. In questo modo la mente è alleata della madre e si assume parte della sua funzione ... È funzione della mente quella di catalogare eventi, immagazzinare ricordi e di classificarli; grazie ad essa il bambino è capace di fare uso del tempo come misura e di misurare lo spazio ... e mettere in relazione causa ed effetto. Sarebbe interessante confrontare il condizionamento in

rapporto alla mente e in rapporto alla psiche e tale studio potrebbe gettare luce sulle differenze tra questi due fenomeni che vengono così "regolarmente confusi l'uno con l'altro".

- (4) Bion (1961) - Esperienza nei Gruppi.
- (5) Gaddini (1980): la parola è non solo segno significante, ma atto che trascende il suo significato linguistico.
- (6) Wyss (1961): ha sottolineato la fragilità di quello che sembra il punto fondamentale di tutta la psicologia freudiana, cioè il considerare l'affetto come una quantità di eccitamento che è spostabile e separabile dalle sue associazioni con le catene associative; le teorie della libido, della personalità, dei meccanismi di difesa e, quindi, tutta la psicopatologia psicoanalitica sarebbe impensabile senza questa ipotesi.
- (7) La intenzionalità consapevole che sostiene l'azione motoria è espressa nella comunicazione, mentre l'aspetto inconsapevole, fantasia inconscia, bisogno (ci riferiamo prevalentemente a fantasie di fusione e bisogni di contenimento), possono dispiegarsi, in un contesto favorente, nell'ambito della relazione.
- (8) S. Rose (1992): Il significato è l'antitesi dell'informazione.
- (9) McDougall (1989): modalità prevalentemente psicosomatica di reazione ad una emozione dolorosa quando non si possono utilizzare le parole come veicolo del pensiero." ... le strutture più antiche ... si articolano intorno a significanti non verbali in cui le funzioni corporee e le zone erogene assumono un ruolo preponderante".
- (10) Nel suo etimo significa movimento.
- (11) Modell (1990): nel senso etimologico di in-ludere letteralmente *stare nel gioco*.
- (12) Etchegoyen (1986): vi è in tutti noi la tendenza naturale a ripetere nel presente le vecchie tracce del nostro passato remoto.
- (13) Dove si evidenziano e si esprimono i livelli multipli della realtà interna di cui il soggetto è portatore.
- (14) Mc Dougall (1989): parla anche di una memoria, somatica di un trauma psichico.