

Curare l'anoressia: la cordata reversibile

Colette Combe

Abstract

Attraverso alcuni casi clinici di adolescenti e giovani donne, l'autrice descrive il percorso di cura psicoanalitica dei disturbi del comportamento alimentare. Vengono enucleati alcuni elementi costitutivi del trattamento, fra cui: l'assetto interdisciplinare del gruppo di cura (psicoanalista, endocrinologo, nutrizionista); il coinvolgimento della coppia genitoriale. Il focus della terapia è rappresentato dalla ricostituzione dei precursori dell'Io (capacità riflessive e di autocontenimento). Un passaggio cruciale è rappresentato dalla possibilità per le pazienti di accedere alla conflittualità psichica nella relazione terapeutica e familiare, a partire da un legame fusionale con la figura materna. Da questo punto di vista, il sostegno al trattamento da parte del padre della paziente nel suo ruolo di "terzo" assume rilevanza sul piano prognostico.

Parole chiave: disturbi del comportamento alimentare, gruppo di cura, conflittualità psichica, precursori dell'Io

La bocca come scena di un linguaggio senza parola

Scena

La parola *skene* in greco significa il luogo riparato, la tenda, il teatrino, deriva dall'indoeuropeo *skia*: l'ombra.

In origine la parola ha indicato nel XVI secolo le rappresentazioni teatrali, poi il luogo dove accade qualche cosa, infine l'azione che costituisce il soggetto della commedia, d'altro canto, l'insieme delle decorazioni sceniche.

In senso figurato, una scenata, un'esplosione di collera, un fragoroso litigio. Per analogia, una composizione pittorica. In senso metaforico, un paesaggio a cui si attribuisce vita, un evento.

Come può la bocca diventare una scena?

La bocca come sede del gusto e organo della parola. Essa è effettivamente un luogo riparato, un luogo d'ombra, dove accade qualche cosa di particolare, dentro l'essere umano. Se è vero che è il luogo che ci rende simili alle specie animali, il luogo attraverso il quale noi ci nutriamo, essa è anche il luogo che ci

differenza e che ci attribuisce specificità quali esseri umani dal momento che è il luogo attraverso cui noi parliamo.

La bocca è la sede di un'azione, quella che collega l'animale e l'umano in noi, quando, nel corso di un incontro, noi dialoghiamo mentre mangiamo o beviamo insieme. La bocca porta la nostra intenzionalità di parola mentre noi portiamo il bicchiere o il cucchiaino alla bocca. La bocca esprime la nostra parola mentre noi lasciamo riposare ciò che aspetta nel piatto. Inspira, espira durante queste due azioni intrecciate. Il fuoco dell'anima riscalda questi istanti di convivialità. Se questi si infervorano, la collera aggiunge il fuoco delle sue esplosioni. Litigi a tavola. Conflitti coniugali o conflitti intergenerazionali.

E che cos'è la parola?

Da *parula*, nel linguaggio retorico la parola indica un paragone, una similitudine (Seneca), in seguito presso gli autori cristiani la parabola, il discorso ispirato.

La parola significa l'espressione orale, verbale e la facoltà di esprimere i propri pensieri attraverso il linguaggio articolato.

Il diritto di parola: essere di parola, non tener fede alla propria parola, avere una sola parola.

Ma allora la bocca può diventare la sede di una rappresentazione di un linguaggio senza parola?

Sì, in nome di una terza scena, in quanto caso del bacio. O nel caso dell'innamorato - il silenzio si alterna con la parola sommessa del mormorio o del raccoglimento dell'intimità - o nel caso della scena filiale o genitoriale - il silenzio o il canticchiare punteggia della sua presenza la tenera vicinanza, o ancora nel caso di un rapporto amichevole in cui il silenzio prolunga lo scambio e le confidenze di amici intimi. Questa terza scena, più segreta, introduce il pudore della vicinanza che rispetta l'altro nel momento in cui lo si avvicina di più.

Al contrario, la bocca può divenire bocca cucita, sede di una scena di un linguaggio senza parola che testimonia un segreto che è pericoloso divulgare. Bocca cucita, una violenza fatta alla bocca dell'anima umana, - tacere, nel nome di ciò che lascia senza parola, in ragione di ciò che stronca la parola che viene meno sia nel perdere il bere sia il mangiare.

La bocca è l'asse portante del corpo.

Quando una morsa ci stringe alla gola, il nostro cuore è un blocco di pietra. I nostri denti non lasciano passare il minimo soffio. E quindi noi siamo là, angosciati. Che fare? Sapere che il tentativo di schiudere le labbra per ritrovare

la parola, è di per sé la via da cui si socchiuderà la porta. Non appena la porta inizia ad aprirsi, aggiungere qualche parola. Il gusto delle parole viene parlando come il gusto dei cibi viene mangiando. Il gusto delle une darà il gusto delle altre poiché sappiamo che corpo e anima si uniscono nella bocca. Si pensa dapprima dentro la bocca.

Perché scene di sciopero della fame?

Esse vengono a significare un ultimo appello, l'ultima speranza nella disperazione quando le parole non sono servite a niente, quando la parola non è stata ascoltata o anche nel caso in cui essa non sarebbe potuta essere pronunciata. Si tratta di una situazione innominabile. L'attacco del corpo ha colpito l'anima e l'anima ferita può colpire la vitalità del corpo. Svuotati, corpo e anima.

Così la bocca del rifiuto di nutrirsi diventa la bocca del rifiuto di legarsi e quella del rifiuto del legame diventa quella del rifiuto di cibo e acqua. Sciopero della fame anoressica o la sua estrema contrazione, scagliando nel viso dell'interlocutore il travestimento di una maschera, bulimica, come la nostra società è bulimica in superficie. Sotto la maschera, la determinazione del rifiuto, in un vomitare che ributta fuori ciò che è stato ospitato per un attimo all'interno del corpo.

Vomitare, perché rifiutare l'estraneo?

Vomitare dalla bocca, fare ri-uscire fuori per vedere ciò che c'era dentro, e non conservarlo per assimilare? Espressione corporea del rifiuto di assimilare ciò che è entrato all'interno, rifiuto di integrazione, rifiuto di interiorizzare, rifiuto di identificarsi. Scena di uno stato di crisi esistenziale, scena della crisi adolescenziale. Vomitare perché colpiti da un riflesso di nausea al contatto di ciò che non è riconoscibile, che non è simile al familiare, a ciò che è abituale.

La superficie che fa scattare un riflesso di nausea dentro la bocca è molto più estesa nel neonato e nel lattante che nell'adulto, essa si estende fino alle labbra nei primi mesi di vita. Appena un alimento diverso dal latte tocca le labbra, al confine fra fuori e dentro, il lattante ha il riflesso di vomitare. Quando poco alla volta prende familiarità con l'introduzione di gusti appena differenti dal latte materno, si desensibilizza dal rifiuto riflesso all'entrata nella bocca.

Il diverso e le differenze, impatti devastanti, impatti creativi

La persona che soffre di anoressia, attraverso le crisi di vomito, tornerebbe in maniera regressiva verso quel riflesso di nausea esteso del neonato di allora, non riuscendo più a tollerare né il diverso né le differenze?

Eva mi ha fatto scoprire la complessità del rapporto causato da un tale legame inconscio con il differente e i differenti, come somigliante al legame interno con la madre interiorizzata, traccia della memoria sensoriale della bocca del lattante. Quando l'adolescente emozionato dalle scoperte relazionali e sensuali sente invadere la propria bocca di elementi a lui estranei, la novità delle impressioni corporali e fantasmatiche può cadere fuori dalla bocca senza poter divenire fonte di soggettività. Lo straripamento della vita psichica colpisce i corpi fin dalle sue prime radici di scoperta della novità, cioè fin dalla bocca.

Eva ha quattordici anni e mezzo quando la incontro. Un anno più tardi, siamo a fine agosto, poco dopo la data di anniversario della anoressia fulminante che un digiuno totale di dieci giorni aveva inaugurato alla fine dell'estate precedente, seguito dalla comparsa fulminante dei vomiti fino al ritorno al liceo. Eva è uscita in luglio dopo sette mesi di ospedalizzazione. Siamo nella convalescenza. Il sintomo dell'anoressia è guarito.

Dentro, fuori: l'inabituale e la permanenza

La fine dell'ospedalizzazione si presentava delicata perché lei reagiva in maniera accesa mostrando contrarietà e tristezza a ciascuna novità nelle proprie scelte di uscita. Quando ella fece nuovamente una seconda volta la stessa uscita al parco poi al liceo, poi alla casa familiare, le impressioni si facevano meno inaspettate, provava piacere in queste uscite. Il primo movimento somigliava a un riflesso nauseante ma inteso solamente nel senso figurato, senza vomito fisico. Abbiamo dovuto prolungare questo tempo tra il dentro e il fuori, tra l'ospedale e l'esterno, come tra la bocca e fuori la bocca, affinché lei fosse toccata attraverso l'introduzione di variazioni minime fra una volta e l'altra. È sulla base del medesimo principio che si attiva la desensibilizzazione del riflesso di nausea del bambino piccolo.

Poi accompagniamo questo periodo dei primi sei mesi di guarigione e di ritorno in famiglia con molta vigilanza e delicatezza associando le nostre tre competenze di psicoanalista, d'endocrinologo e nutrizionista, nella complementarietà terapeutica gli uni degli altri. Conserviamo i legami di cura con i medesimi interlocutori per non creare un effetto iatrogeno dovuto al dolore della separazione sulle persone sensibili alle difficoltà orali precoci. Si effettua anche un lavoro con i genitori, dopo un anno, dipende dai colloqui sulla domanda dell'uno o dell'altro, o di entrambi - colloquio di coppia, colloquio individuale, sul vissuto della malattia della loro figlia sui mesi di battaglia contro la malattia. Proprio all'inizio dell'anoressia, suo padre si è subito mobilitato. Ho conosciuto Eva per suo tramite fin dal secondo mese della sua malattia, al momento del rientro scolastico.

***Après coup*¹ e solidità della guarigione: il no del padre, l'uscita dal legame fusionale**

Domani, Eva parte per il campeggio. Angosciata per la partenza, nella notte lei ha svegliato sua madre. Al mattino, lei dormiva sul divano e sua madre, seduta sulla poltrona, le teneva la mano dopo parecchie ore. Il padre la vedeva così, al suo risveglio. Nella cucina, durante le vacanze, lui discute con sua sorella che gli dice: «Non puoi non dire nulla...». Oggi per la prima volta, lui sente il coraggio di trovare le parole per sottrarle a questa abitudine che loro hanno sempre quando Eva non riesce a dormire, e che riprende per la prima volta dopo l'ospedalizzazione. Questo è sinistro. Lui si alza, decide di arrabbiarsi con freddezza. Rivolgendosi alla madre e alla figlia, dice loro: «Non voglio più vedere qui questa cosa. Questo mattino ti porterò da solo al tuo campeggio, e se di nuovo ti senti male la notte, vieni a svegliare me, non tua madre». Eva mi racconta la scena, al suo ritorno dal campeggio che ha passato bene, evidentemente. Ma con mia grande sorpresa, sento Eva raccontare il seguito: alle parole di suo padre, lei si è alzata per andare verso di lui; li ha guardati tutti e due, e lei ha aggiunto, sul tono di suo padre, rivolgendosi a sua madre: «E tu, non sei mia sorella».

Seppur strana possa essere sembrata all'ascolto, la frase di Eva: «Tu, tu non sei mia sorella», è veramente illuminante. Eva ha la chiave dell'enigma del triangolo padre- madre- figlia artefice dell'anoressia. Lei potrà così proseguire: «Tu ti comporti come se fossi tua sorella, ma ciò è falso, o più esattamente, ciò è così nel tuo mondo non più nel mio, ora che io sono guarita». Lei si è separata dalla fusione e confusione nella quale sua madre e la figlia erano la stessa cosa.

Eva si calma quando suo padre dice la verità. È possibile che lei abbia riconosciuto l'efficacia di una parola che viene dopo aver saputo aspettare. Suo padre ha preso tempo per liberarsi e agire a mente fredda.

Costruzione della latenza: collera nel legame col gruppo di cura

Eva ha già conosciuto l'effetto della latenza durante l'ospedalizzazione, in particolare il giorno in cui lei ha voluto ottenere dalle infermiere una modifica delle ore del suo primo permesso. Esse avevano risposto che non era in loro potere. Eva aveva rifiutato il permesso, fatto sbattere tutte le porte le une dopo le altre prima di chiudersi nella sua camera. Non sentivano più alcun rumore, le infermiere un pò preoccupate, avevano consultato per telefono i due medici responsabili del suo trattamento, l'endocrinologo e la psichiatra. Essi avevano risposto che uno di loro sarebbe sceso previa loro consultazione. Ero andata a vedere Eva nella sua camera: aveva rovesciato tutte le sue cose dalla rabbia, scavalcavo l'insieme delle cose per andare da lei dicendole: «Sono passata a trovarLa». Aveva abbassato le tende e, nella penombra, leggeva sopra il letto.

Abbiamo parlato tranquillamente del libro autobiografico che era sul letto. Una decina di giorni dopo, avendo avuto luogo la prima uscita, e al freddo, abbiamo parlato del conflitto che lei viveva, dell'angoscia riguardo all'uscire o meno. Aveva compreso del tutto che non si trattava per lei di superare i limiti inerenti il setting della cura ospedaliera per evitarsi questi faccia a faccia con l'angoscia di cominciare a collegare la vita dentro e la vita fuori l'ospedale attraverso una prima uscita.

Conflitti, conflittualità, flussi di metamorfosi nella cura e nella famiglia

Questa evocazione ci mostra come il conflitto giocato nella cura in modo quasi psicodrammatico apre lo spazio di terapia alla conflittualità psichica - conflittualità appena sbocciata, ancora così fragile presso questi adolescenti e giovani adulti che hanno scelto di curarsi. Nella misura in cui i terapeuti sanno aspettare, si assiste all'avvio dello sviluppo e della crescita di una conflittualità psichica; quella che li farà passare dall'esperienza di stress legato al loro stato di sopravvivenza, alla scoperta dell'angoscia di vivere, quella della vita.

Se la posizione di cura consente loro di trovare come vivere la responsabilità della situazione a cui esse hanno dato inizio, e come investire un tempo di latenza che esse non sapevano ancora utilizzare, queste ragazze e donne ritornate alla vita esploreranno le loro capacità di recupero, gli avvenimenti vissuti durante la cura e i loro *après coup* in famiglia e con i loro prossimi amici. Accoglieranno i rumori e il silenzio che testimoniano la maturazione interiore in corso, in uno spazio interno che esse ignoravano fino ad allora. Apprenderanno a rispettare sul momento la barabanda confusa dei loro affetti come li si rispetta nel corso del trattamento.

Fin quando l'esperienza di caos interno, legato alla conflittualità nascente, sarà fonte di rinnovamento e di metamorfosi - e non più fonte di cadute e di ritorno nella tossicomania e nella denutrizione anoressica - l'esplosione conflittuale avrà acquisito sufficiente attrattiva da poterle sottrarre alla distruzione. Questo fu il caso di Eva, negli anni seguenti.

Se conflitti e conflittualità potevano ripetersi, e trasferirsi nella relazione genitoriale, venendo per la prima volta alla luce nella relazione terapeutica, essi divenivano una risorsa per trasformare le relazioni familiari violentate dalla malattia. Per ciò, alcuni colloqui dovevano parallelamente accogliere la sofferenza dei genitori, il loro vissuto di impotenza dolorosa e disperata per non avere potuto fare niente per aiutare la loro figlia a guarire, la loro angoscia di sentirsi vacillare fin nei loro corpi con la speranza in arretramento ad ogni nuovo ostacolo incontrato sul percorso della malattia e della guarigione. Dagli impatti devastanti dell'anoressia della loro figlia, nascono così anche per loro delle creative esperienze di apprendimento, attraverso l'essere ascoltati e il parlare del loro proprio vissuto, da soli o in coppia...

Uscire dai dinieghi

Si scopre che lo scemare della malattia anoressica è così accompagnato da un lavoro di coppia genitoriale sulla guarigione in corso che permette alle immagini e alle parole giuste di creare la fuoriuscita dalla clandestinità di un labirinto di dinieghi e di evitamenti.

Ci sono i colloqui con padre e madre, insieme e separatamente, nel periodo in cui Eva ha ricominciato a vedere i suoi genitori e poi di nuovo ad andare a casa, colloqui che hanno permesso al padre di cambiare il suo modo di essere padre e sposo. Prima, si sentiva oscillare al ritmo dei progressi e delle ricadute di Eva. Lui ha rimesso in discussione la sua posizione troppo materna. La sua donna ha riconosciuto da parte sua una anoressia *a minima*: la paura di divenire obesa, i pasti di mezzogiorno inesistenti. È ritornata sulle prime settimane di vita di Eva, operata a quindici giorni, «Era un bebé sorridente, prima era facile. Il bebé che mi è stato restituito non era più lo stesso». Aveva paura di questo bebé. Non la lasciava, la portava in braccio per cucinare, le teneva la mano la notte. Di fronte a questi elementi interni della sua donna, il padre si trovava chiamato a svolgere il ruolo di un padre-madre della sua donna; si vedeva infliggere la difficoltà insormontabile di mantenere il suo ruolo di terzo, senza efficacia. Lei aveva paura di tirannizzare il suo bebè. Lei riteneva di invaderla e si metteva al suo servizio. Ma così, lei tirannizzava suo marito.

Funzione paterna di protezione e di autorità

Eva e Cecilia, della quale stiamo per parlare, hanno l'attaccamento al lavoro terapeutico specifico delle persone che, soffrendo d'anoressia, si trovano nella fase di possibile guarigione. Sono capaci di regredire nel corso del trattamento, capaci ancora di deprimersi nel legame terapeutico, capaci infine di trovare la loro unità nel transfert. Hanno il senso della responsabilità e dell'impegno nei confronti del legame terapeutico. Jeanne di cui noi parleremo dopo ha maggiore difficoltà a guarire in maniera stabile, l'anoressia è ripresa in occasione delle due prime gravidanze. Quale differenza c'è tra Jeanne e le altre? Jeanne non ha il medesimo legame con suo padre. Le risorse potenziali di Eva e Cecilia provengono dunque dalle distribuzioni della loro forte capacità d'identificazione con loro padre perché la forza d'investimento del loro padre durante il cammino della guarigione è evidente: si impegna al loro fianco. Questo non è il caso del padre di Jeanne più di quello dei nonni materni di Eva e di Cecilia, le cui madri hanno delle anoressie *a minima*, mai trattate prima dell'impegno terapeutico delle loro figlie.

Anoressia dopo il parto

Noi abbiamo l'occasione talvolta di essere testimoni della riapparizione del labirinto anoressico poco dopo una nascita quando l'anoressia dell'adolescenza sembrava conclusa. Io ho conosciuto Jeanne molti anni prima della nascita dei suoi due primi neonati, due gemelli. Incinta, desiderava allontanarsi fortemente dai suoi genitori che considerava come i primi *hippy* che hanno eccitato i loro bambini. La loro libertà, la loro nudità in famiglia, le aveva impedito di pensare con calma. Sentiva che l'eccitazione trasmessa la faceva restare a un livello superficiale della relazione genitori-figli, in una specie di vita comunitaria non sufficientemente differenziata.

Qualche mese dopo la nascita delle sue figlie, lei deve riprendere il suo lavoro. Dice in seduta che lei le allatta ancora tutte e due, sei volte al giorno. Era dunque sul punto di divenire invasiva, riducendole alla fame senza che lei avesse potuto o saputo parlarne prima. Ma lei percepiva ciò? Mi domando allora dove sono le sue capacità riflessive (mi sento, mi vedo, mi ascolto, mi penso...)? Con l'angoscia nel corpo, lei viveva nel dubbio: faceva bene? Esaurita, dimagriva, una violenza distruttiva era di nuovo presente in lei. Lo sapeva, poiché lei descriveva i pianti incessanti di una delle figlie, affamata da un latte denutrito o esaurita da questa fusione alla quale non si adattava, al contrario della sua gemella. E tuttavia, le parole non erano venute, malgrado la profonda confidenza stabilita tra noi per tutto ciò che avevamo già attraversato. Temevo che l'atteggiamento di conformità della neonata fosse premessa di una anoressia nella sua adolescenza.

Jeanne vedeva e non vedeva la situazione. Si può dire che lei amava e non amava le sue gemelle: credeva di adattarsi ai loro bisogni di bebè che crescono e faceva il contrario. Nello stesso tempo, osservava con attenzione i suoi bambini. Tuttavia, un baratro si apriva tra i suoi movimenti materni d'amore e di odio. Se l'ambivalenza trovava spazio, Jeanne poteva ridurre l'allattamento. Ignorava ciò che ne pensava il giovane padre, troppo concentrato su di lei per ascoltarla. Lui stesso era ricorso, quando lei si irrigidiva, al cinema, al computer, evitando di arrabbiarsi.

Non sopportando nè i conflitti nè la differenza all'interno della coppia, padre e madre non erano più complementari, il padre non si opponeva all'allattamento che inglobava madre e figlie. Il lavoro analitico ha aiutato Jeanne ad identificare un'uscita - lasciare lo stato di crisi nel quale lei si trovava senza mettere dei limiti all'assurdità della scelta di docili poppate al giorno. Ma questo fu possibile al prezzo di una posizione di terzo molto vigorosa assunta dall'analista, che includesse l'odio nel legame con lei, perduta nella confusione e aggrappata ai suoi neonati. Appena lei ha rinunciato a questo attaccamento, quella che piangeva si è attaccata al biberon.

Così, le giovani madri alle prese con il ritorno della loro anoressia adolescenziale sono in difficoltà nell'accettare di provare conflitti ed

ambivalenza. Come stabilire allora la giusta distanza che permette al bambino di crescere? Fin quando esse sono nella disperazione, gli altri divengono per loro dei salvagenti contro l'annegamento. Aggrappandosi ai loro parenti, come potranno riconoscere la funzione di nutrire il bambino, nel senso proprio e simbolico? Come potranno rinunciare a tenere tutto, a organizzare tutto fino all'esaurimento?

Nella coppia nella quale la giovane donna soffre di nuovo di anoressia, l'uno si irrigidisce, l'altra si perseguita. L'uomo prova ad avere una posizione terapeutica conformandosi ai bisogni della sua giovane donna/madre. Da bambina, la donna si era conformata ai bisogni e ai desideri di sua madre. Oggi lei domanda al suo compagno di fare per lei ciò che sua madre non aveva fatto - adattarsi, aggiustarsi ancora e sempre. Mette dunque paradossalmente l'uomo della sua vita nella posizione vissuta da lei bambina - quella di adattarsi, di curare una donna, una madre.

Insomma, queste donne accerchiano il padre del loro bambino in un transfert: il padre del loro bambino deve soffrire della loro sofferenza di bambine. Ciò che è più grave, la riattivazione dei loro propri bisogni di lattante affamato e insaziabile con qualunque cosa rifiutando tutto, mette le stesse donne a rischio di indirizzare la medesima domanda ai loro propri bebè. Per evitare il terrore di una tale metamorfosi della sua giovane sposa, lo sposo diviene materno. Egli si prende cura e perde il suo potere di terzo. Si trova nel dubbio. Se l'anoressia era stata la migliore soluzione trovata dall'adolescente ribelle per liberarsi, egli può averla ignorata fin quando l'ha rincontrata dato che lei non è potuta mai tornare a quella situazione durante la sua vita con lui. Ora eccola che ritorna a questa soluzione di sopravvivenza che - lei lo sa - possiede a meraviglia una potenzialità anestetizzante ed euforizzante. Di fronte al fragore dei cambiamenti emotivi connessi al matrimonio, alla gravidanza, all'allattamento, nel momento in cui il divenire madre la disorienta, lei ne viene sommersa e ciò può durare per molto tempo, il tempo dell'infanzia dei suoi bambini.

Si sa da molto tempo che la prognosi dell'anoressia è ben migliore quando il padre può impegnarsi e modificare il suo atteggiamento nel considerare la figlia, in maniera tale da innescare in lei la ripresa della crescita psichica, fino ad allora azzerata, immobilizzata nella ragnatela della tossicomania anoressica.

Forza terapeutica della regressione durante la cura, bisogni infantili nell'adolescente e nella giovane adulta

Questo tipo di esperienza terapeutica può viverci senza ospedalizzazione fin quando i due genitori possono accogliere, tollerare e supportare il movimento regressivo che può sopraggiungere nelle relazioni con il padre, la madre e con la coppia, durante il periodo del percorso per la guarigione. Cecilia è guarita dalla sua anoressia senza ospedalizzazione a ventiquattro anni, grazie alla possibilità

di suo padre di tollerare per tre mesi una regressione massiccia di sua figlia nel loro rapporto, essendo sua madre, a sua volta, capace di sopportarne la sua parte, avendo divorziato i genitori durante la sua adolescenza ed essendo l'anoressia insorta nel contesto delle loro discussioni.

Diciotto mesi dopo l'inizio della sua terapia analitica, Cecilia si aggrappava a suo padre in maniera tirannica, facendogli sentire il peso delle sue crisi, delle sue lacrime, accusandolo di non capire nulla, di non voler sentire nulla. Lei camminava per la strada, urlandogli nelle orecchie per telefono, accusandolo di urlare anche lui all'altro capo del filo quando lui restava calmo. Oggi, dopo un proseguimento di terapia di quattro anni, che è cominciato con una seduta settimanale, ed è proseguito con due, poi si è poco a poco diradato, Cecilia è diventata capace di sopportare la sofferenza nel legame terapeutico di transfert, grazie all'appoggio che lei ha trovato in suo padre durante la cura. Egli ha fortunatamente resistito durante questo tempo d'inferno durante il quale è stato investito da lei di tutti i poteri, accusato di tutti i mali, venendo lui a parlare con noi su sua iniziativa, quando era sul punto di non poter tollerare oltre. Cecilia era allora convinta che lui non l'amava, non quanto gli altri, non come gli altri, quindi non del tutto.

Cecilia mi racconta che il suo amico, incontrato di nuovo dopo la sua guarigione, è pienamente d'accordo: «È vero che talvolta sei difficile». Cecilia sa che devo considerare l'osservazione che mi racconta per procedere ancora di più. Sua sorella vorrebbe che durante le riunioni di famiglia tutto sia in pace. Trova insopportabile che Cecilia parli male a suo padre e sprechi il momento di condivisione. Cecilia mi confida che lei non si accorge della violenza delle sue parole. Quando il suo amico gliela fa notare, anche nella considerazione dei fatti e nel ricordo di ciò che lei arriva a dire, Cecilia si rende conto di non percepire l'aggressività del suo atteggiamento.

L'affetto aggressivo che lei esprime senza comprenderlo, senza vederlo nè provarlo, la sua innocenza nel raccontarsi in difficoltà, sono intriganti. Quando lei racconta delle scene colte sul vivo, lei è dentro la scena. È così perché lei non si vede? È così che lei non sente l'aggressività dei suoi comportamenti verbali?

Colloqui con madre e figlia

Il difetto della capacità riflessiva dell'Io viene trattato tra noi due in occasione del suo transfert: lei comincia a scivolare in una crisi di nervi in seduta, davanti a sua madre, con la quale aveva sperato di parlare in mia presenza, quando io la fermo, ristabilendo la regola: «Si può dire tutto con le parole ma non è possibile fare tutto, in questo luogo di parola che in questo momento Lei non rispetta, non più di quanto non rispetta me. E io non l'accetterò».

Ci sono tre incontri con madre e figlia nel periodo di questa regressione nel legame con il padre. La madre di Cecilia richiama alla mente la prima mattina

dopo la sua nascita; non andava a vedere il suo bebè. Ha atteso che suo marito arrivasse per guardare sua figlia. Aveva bisogno che lui le mettesse il bebè tra le braccia, non osava prenderlo lei stessa. Mi sembra di capire che fin da quel momento sua madre ha dovuto domandare a suo padre di concentrarsi su di lei affinché lei avesse meno paura di divenire madre di Cecilia. Lei gli domanderà aiuto fino all'adolescenza di Cecilia, negli stati di crisi analoghi probabilmente alla crisi che Cecilia abbozza nella seduta. Lei auspicava che lui si occupasse tempestivamente di Cecilia per calmarla nei propri confronti. Racconta in maniera commovente a sua figlia che lei da piccola aveva tali crisi e che lei ha visto sua figlia, Cecilia, piccola, entrare come lei in stati di rabbia. Realizza allora che è necessario che lei guarisca dalla sua propria anoressia affinché Cecilia non abbia ricadute.

Costruzione della capacità riflessiva dell'Io e di auto-contenimento

Riprendo con Cecilia la descrizione delle riunioni di famiglia: «Come si vede là? Provi a descrivermi che cosa prova... E ora cosa prova ad avermi espresso tutto ciò...». Cerco di ricreare questo altro precursore dell'Io che è l'*après coup* per migliorare la sua capacità di contenere pulsioni ed emozioni. Voglio fornirle l'occasione di acquisire fiducia nella possibilità di differire e di lasciare morire o diluire ciò che è troppo forte emotivamente per lei.

È necessario molto tempo affinché lei si impadronisca di questa nuova capacità - saper sospendere, lasciare "sbollire" lentamente - perché lei non si ascolta riguardo ai suoi legami interni con la coppia dei suoi genitori. Penso che il suo ascolto è bloccato dal diniego della violenza materna nei riguardi del padre. Considerava le dispute tra padre e madre come violenza del padre. Proponevo volentieri l'ipotesi che il padre entrava in uno stato in cui veniva sopraffatto da un senso d'impotenza nel riuscire a calmare la sua sposa, sottomesso al dolore di trasformare i suoi stati davanti ai bambini turbati.

Vissuti d'impotenza del gruppo curante e del padre e accettazione del rifiuto

Questo abuso dei bambini da parte della madre ansiosa, facendo agire il padre in maniera aggressiva può far guadagnare terreno, nelle scene in cui il sadismo è portato dal padre che nello stesso tempo manifesta un vissuto d'impotenza. In quanto terapeuti, ci succede di essere catturati nelle stesse reti. C'è qualche cosa di assoluto in queste situazioni che ci spingono, alla fine, nella medesima impotenza. Ma noi siamo in quanto terapeuti vincolati da un legame affettivo e da un legame quotidiano, ciò ci permette di mantenere meglio la posizione di terzi.

I padri sono travolti dalla situazione. La madre o la figlia lo chiamano durante la crisi: «Concentrati su di me». Per la loro competenza emotiva e intellettuale, esse fanno impressione. Esse non spendono la loro energia se non per volere che tutto sia centrato su di loro. La malattia arreca un tale riconoscimento da parte del loro interlocutore, perché esse ci dovrebbero rinunciare?

Per contro, nella misura in cui i padri hanno la preoccupazione di non rompere il legame con le loro figlie quando esse regrediscono, essi sono, come i terapeuti, meglio collocati rispetto alle madri per aiutarle, se essi non sprofondano in una posizione materna. È importante incoraggiare il mantenimento di una posizione terza, nella consapevolezza di essere utilizzato, usato per far emergere un'aggressività non più contro le madri ma contro i padri.

Quando i terapeuti sono terrorizzati dall'anoressia, per la paura che esse muoiano, che si rischi di accusarli di negligenza, o peggio di avere aggravato il loro stato durante la cura, essi sono allora non come il padre ma come la madre alle prese con dei desideri infanticidi inconsci. I desideri infanticidi sono attivati dalla gravità della situazione somatica o dalla regressione psichica che richiama simbolicamente allo stato di vulnerabilità di un vero piccolo lattante. I terapeuti si ritrovano allora immersi nella stessa identificazione malinconica della famiglia delle pazienti, depressi dal realismo della situazione e non dalla soggettività di un fantasma di morte o aggressivo.

Così in questi incontri parallelamente alla cura dell'anoressia, mi è apparsa la possibilità di pensare su un'esperienza clinica che presenta un enigma: perché delle giovani donne uscite da una adolescenza segnata dall'anoressia - anoressia riassorbita in seguito - si trovano divenendo madri, messe di fronte al rischio di essere di nuovo accerchiate dal labirinto delle difese anoressiche. Questo approccio apre nuove prospettive sulla questione più vasta delle problematiche vissute dai parenti e dai terapeuti riguardo alla metamorfosi di un linguaggio senza parola, al contatto con quelle che ritrovano la parola durante la traversata di questo lungo tunnel di astinenza dall'anoressia, tunnel che conduce alla guarigione dell'anoressia nelle due forme, restrittiva e bulimica.

Cosa manca ad un linguaggio senza parola?

Non l'espressione ma l'essenza della parola, il paragone. La parola è il veicolo di un'espressione per similitudine, per parabola, per metafora. Fornisce con la sua presenza l'alleanza del soggetto e del suo riconoscimento dell'alterità. Prestiamo attenzione a questa cosa essenziale: se la parola fosse il veicolo dell'identico, lei non fornirebbe il paragone grazie a ciò che la similitudine riunisce in un'unità complessa, la vicinanza e la differenza. La parola riconosce che l'individuazione è un dono essenziale dell'essere umano, lei ne è il mezzo di riconoscimento.

L'oralità del trauma è silenziosa

Freud paragona il trauma della nascita al disconoscimento che ci espelle da ciò che ci resta estraneo per sempre (1925a), l'interno del corpo che ci ha portato dentro. Il contatto intimo con la presenza assenza di questo originario è l'oralità silenziosa senza parole articolate con cui noi meditiamo, rimuginiamo, soffochiamo questo mistero indigesto, impensabile che ci aderisce alla pelle e ci avvolge.

La bocca degli adolescenti e delle adolescenti di cui l'oralità è stata maltrattata - in particolare da un abuso sessuale che li ha violentati o da un segreto troppo pesante che impedisce loro di accedere al linguaggio spensierato - si esprime con una scena di un linguaggio senza parola che testimonia un vissuto traumatico dell'asse portante dell'essere umano che è questa bocca. Eccoci presi nella trappola di una identificazione malinconica con la loro malinconia, con la bocca perduta, con il loro asse crollato su se stesso o irrigidito al punto da tendersi invano verso l'ideale inaccessibile di essere perfettamente compreso. Se noi riconosciamo questa identificazione che ci affligge, conserviamo la nostra differenza e possiamo ricercare la loro, ciò che appartiene propriamente a loro. Ma se essi accettano l'approccio, appare un altro ostacolo: eccoli improvvisamente con la bocca priva delle parole che essi credevano ancora di possedere nel proprio intimo.

Essi vivono la perdita della parola come perdita della loro umanità

E questo è spaventoso. Essi si vedono ridotti all'essere animale, vergognosi e con senso di colpa, balbettanti, ridotti a niente, esseri umani privati di ogni possibilità di frequentazione. Comincio a comprendere la portata del loro lamento misterioso: «Non sono più niente». Riconosco il loro spavento di fronte all'assenza delle parole che hanno abbandonato il riparo della loro bocca.

Ma come rispondere all'essere senza parola?

La strada era bloccata dal masso dell'anoressia. Durezza della cura dell'anoressia che ci pone a confronto con l'insuccesso: parlare nel vuoto, accettare di parlare di tutto, di niente, a caso, da soli. Impietriti, noi sbattiamo la testa contro uno specchio. Dopo quello dell'identificazione malinconica col disastro del loro corpo, ecco che ci colpisce quello del trauma della parola vuota di senso.

Scopriamo la nostra povertà di parole di risposta e ne abbiamo vergogna

Sentendoci in colpa per non poter comunicare, distolti dal piacere per questa cura dell'adolescenza, per la nostra sensibilità di terapeuti, è un colpo duro nella scena «Aiutatemi ma io non posso prendere niente». Una scena senza parola. Se accettiamo la nostra vergogna di fornire loro un'offerta povera, un pò di grano da macinare, ciò che noi riusciremo a spigolare qui o là nel campo del loro

incontro, essi potranno, forse, superare la loro, grazie alla ricezione di una metafora molto semplice che ricrea lo spazio della parola.

Abbiamo l'obiettivo di ripristinare in primo luogo i paragoni metaforici; essi ridaranno vita al linguaggio e alla loro parola.

Alcune similitudini chiariranno le nostre differenze. Esse arrecano nuovo vigore. Le metafore esprimono sempre la differenza dei sessi e delle generazioni. La prima che ristabilisce il cammino interrotto sembra piombare sotto i nostri passi come un elefante che alla nascita cade per terra.

Una paziente trovò un giorno quello che rese possibile la sua propria differenziazione e sentì sciogliersi la rabbia silenziosa che condensava nelle scene mute dei dialoghi con sua madre: «Mai compresa...». Lei ebbe questa immagine: «Oh, come se io avessi appena partorito un elefantino. Sa, essi cadono a terra alla nascita dopo anni di gravidanza. Il dolore di essere incompresa, eccolo che cade, era di un peso allucinante».

Dallo scoraggiamento al riconoscimento

Oralità maltrattata, maltrattare l'oralità

Di fronte a un vissuto personale o familiare drammatico, la giovane adolescente, e più raramente il giovane adolescente, pensano di modificare la loro immagine corporale nella speranza di ritrovare la stima del proprio corpo, o nella speranza di fare capire i propri movimenti di sciopero della fame, essi scelgono di dimagrire un pò. A volte essi sono semplicemente alle prese con una difficoltà a nutrirsi: mangiare non è più un atto naturale, evidente. Disturbati, nauseati, senza gusto di vivere, perdono il senso naturale di mettere sopra la propria lingua dei gusti variati che trasmettano il gusto di amare la propria vita.

La bocca è colpita. La bocca, questo luogo della parola, del baciare, della nutrizione. La bocca, questo luogo anche del silenzio e del mormorio, dell'intimità, della lettura, della scrittura. La bocca, questo luogo della musica e del canto interiore. La bocca è colpita nel corpo e nell'anima, senza parole, senza vita. Senza vivere, che fare? Sopravvivere.

Dal sintomo alla doppia malattia di denutrizione e di tossicomania

L'entrata nella malattia anoressica, che è una doppia malattia di denutrizione e tossicomania, si realizza al di là del sintomo della difficoltà e del rifiuto di nutrirsi. Si entra nell'anoressia mettendo il proprio corpo in uno stato di stress fisico, e questo stato trasforma il funzionamento ormonale e metabolico nell'organizzazione della sopravvivenza.

L'entrata è sempre dalla stessa porta: una disorganizzazione dei ritmi cronobiologici del giorno e della notte. Trascurando i propri pasti con la restrizione e

perfino con la soppressione, la persona vede il proprio sonno alterarsi, questo disordine notturno aggrava ulteriormente la situazione di stress e di trauma psichico attraverso una fonte supplementare di stress e trauma fisico.

L'anoressia spesso non è che un effetto tardivo di un altro tempo traumatico, talvolta recente e localizzabile, talvolta più antico, talvolta riattualizzato dall'attraversamento dell'adolescenza o da un rischio eventuale della vita adulta (violenza, abuso sessuale precoce, maltrattamento, disperazione per la perdita, lutto, separazione, divorzio dei genitori...).

Il risultato del disordine alimentare? Un corpo stressato e il passaggio a uno stato di sopravvivenza. Conseguenze? La messa in allerta dei comandi ormonali al servizio della sopravvivenza. Il cortisone, l'ormone antistress delle situazioni emozionali traumatiche, è emanato nel suo massimo livello possibile, ha nell'anoressia degli effetti euforizzanti e anestetici. Nell'adolescente o nella giovane adulta, i tassi di estrogeno e di progesterone crollano, le ovaie non ovulano più, il corpo femminile ritorna ad uno stato prepuberale. Nello stesso tempo l'insieme delle interrelazioni ormonali sono modificate dalla diminuzione della base T3 degli ormoni tiroidei e questo crea uno stato di degradazione e di non rigenerazione della struttura ossea: l'osteoporosi somiglia a quella che fa seguito alla menopausa e si accompagna ad un aumento considerevole dell'ormone di crescita senza un effetto tuttavia sulla crescita e la solidità delle ossa e dei denti che sono diventati fragili.

L'alterazione delle sinergie ormonali e l'accelerazione del metabolismo sono all'origine di un vero stato di caos somato-psichico. Più la persona perde peso, più lei dorme in maniera superficiale, tormentata di notte dalla fame, e più lei brucia in modo accelerato ciò che consuma: lo stesso sforzo muscolare o intellettuale o emotivo le costa molte più calorie che a una persona di peso normale. Dunque lei si muove e si espone al freddo, è iperattiva, senza riposarsi per compensare. La malattia prosegue quindi naturalmente nella direzione del suo aggravarsi senza alcuna possibilità di poter ristabilire la situazione ponderale.

Lo scoraggiamento

La perdita di energia e di coraggio si fa sentire. La giovane adolescente o il giovane adolescente, il giovane o la giovane adulta si sente cadere, sprofondare in un labirinto di questa doppia malattia - denutrizione, tossicomania, auto-mantenute ogni giorno con le disregolazioni dei ritmi crono-biologici e con la restrizione, o i vomiti, o con l'assumere lassativi dal momento che la sopravvivenza rende euforici fino al crollo della sua compensazione illusoria: una cattiva nutrizione e una tossicomania auto-mantenute ogni giorno.

Nel caso delle forme bulimiche dell'anoressia, con vomiti o lassativi, l'instabilità glicemica, provocata da un modo di nutrirsi con alimenti molto zuccherati,

provoca l'alternarsi di stati reattivi di iper- e ipoglicemia reazionale. L'aumento del volume gastrico sotto l'azione delle crisi di bulimia crea un bisogno più importante di mangiare: si crea una situazione di circolo vizioso, la voglia di mangiare va aumentando, ed i vomiti anche...una caduta senza fondo, una caduta vertiginosa in un disturbo somato-psichico. Lo stress diviene cronico e rende la giovane adolescente o il giovane adolescente sempre più ipersensibile sul piano fisico e psicologico, iperemotivo, reagendo con l'anoressia o con il vomito alla minima frustrazione o contrarietà quotidiana. Ne consegue un terrore del vuoto fisico e psichico. L'accelerazione delle crisi come quella della restrizione fa uscire dal tempo umano, dalla sua continuità tra passato, presente e futuro. Nello stesso tempo, il disordine colpisce il lavoro del sogno che si vede invaso dai contenuti onirici legati al nutrimento. Le ossessioni alimentari sono per la gran parte legate alla carenza. La fame induce pensieri quasi allucinatori di pasti, di menù...come un assetato nel deserto vede l'acqua, così l'anoressica vede il cibo poiché il suo corpo non ne assimila.

Lo scoraggiamento dura e si aggrava fino al sentimento di *impasse* che conduce alla domanda di aiuto: la via di uscita è introvabile da soli, anche se sembrava essere vicina. Sembrava che fosse sufficiente decidere di fermare l'anoressia per riuscirci. È falso. Il tentativo risulta produrre il contrario. Non è più possibile uscire dal labirinto delle disorganizzazioni complesse sia somatiche sia psichiche, nelle quali l'adolescenza si trova presa in trappola.

Il caos, la vergogna e il terrore

Questo sentimento d'*impasse* - l'uscita è introvabile - aggrava il sentimento di vergogna di sé. L'anoressia, che era stata la migliore soluzione temporanea per fare fronte a situazioni non dominabili, risulta resistere ai tentativi di svincolo. La sua evoluzione non è più controllabile.

La situazione psichica interna diviene apocalittica: un sentimento di solitudine, una messa a nudo, una iper-sensorialità che si accentua fino al vissuto di persecuzione. E nondimeno il disturbo della percezione, che sembrava dirigersi verso l'anestesia, crea una difficoltà nell'esame di realtà. L'acceleratore antistress del cortisone è al massimo delle sue capacità di secrezione e non c'è più alcuna possibilità di recupero nel caso sopraggiungesse una nuova emozione forte.

Tutto ciò produce allora uno stato di confusione e di desolazione, un vissuto di scollamento tra il pensiero e le parole: «Se io non nomino ciò che sento, io resto in uno stato di confusione perché dubito delle mie percezioni come della mia volontà di prendere delle decisioni radicali ma io non trovo più le mie parole, sono perduta».

Durante il percorso di guarigione, il vissuto di caos prosegue nel tempo, si localizza in una zona precisa, quella dell'interfaccia somato-psichica. Una goccia

d'acqua, sia essa di ordine somatico o psichico, fa pendere l'interfaccia dalla parte del ri-equilibrio o del dis-equilibrio globale. Un niente crea un effetto volubile di sinergia negativa, con aggravamento/accelerazione dei disordini della malattia, o della sinergia positiva, con miglioramento somatico e psichico e speranza di risalita dal caos con uno scatto che avvia una rinascita, un'apertura alla guarigione definitiva.

La liberazione

Come in montagna, così nella cura dell'anoressia, si ha l'impressione di salire come in una camminata, di scalare appoggiandosi su due pareti, la parete somatica e la parete psichica.

Come in montagna, la più efficace è la cordata reversibile. Talvolta è colui che si cura, talvolta colui che lo guida nella cura che passa avanti, altrimenti sopraggiunge presto la spossatezza. Pensare alla reversibilità di colui che va avanti, che guida, per evitare lo scoraggiamento per la spossatezza, è indispensabile per procedere più sicuramente verso la guarigione. È spossante tanto guidare che essere guidato quando c'è un disturbo dell'immagine corporea e un vissuto psicologico di scoraggiamento, di insofferenza, di intolleranza all'insuccesso. Conviene adattare in maniera stabile e molto personalizzata la proposta di cura affinché la persona impari a servirsi della difficoltà e del confronto con l'insuccesso senza rinunciare, per riconoscere l'ostacolo o la zona di blocco nella risalita e riconoscersi nel corso del cammino sempre impegnata senza cadere nella prostrazione.

Dal vertice della ricerca dell'equilibrio somatico

Si tratta in primo luogo di ricreare l'equilibrio dei ritmi crono-biologici (trattare il disturbo dalla porta d'entrata, mantenere i ritmi e rispettare la cronobiologia) per uscire progressivamente dalla cattiva nutrizione, nel senso fisico e affettivo del termine, così come dai disturbi percettivi di origine somatica (per uscire dallo stress e avvertire il cambiamento del corpo).

Nello stesso tempo, è importante fornire dei punti di riferimento adatti al livello di progresso per uscire dalla malnutrizione, ritrovare il gusto di nutrirsi poi di provare piacere nel ridare forma al corpo e forma alla fiducia nella forza del pensiero (uscire dal dubbio, imparare a prevenire gli ostacoli alla guarigione, apprendere la pazienza e la tenacia, tollerare i momenti di ristagno senza ritornare indietro per stizza).

I punti di riferimento della trasformazione morfologica sono utili e rassicuranti: il corpo si rinforza dal basso in alto. Il ritrovare il corpo sessuato in questa metamorfosi fisica, passando attraverso il ritorno al funzionamento ormonale e

metabolico naturale di un corpo di donna o di uomo, sopraggiunge in un'ultima fase, quando il vuoto della magrezza fra le costole è sparito.

Dal vertice della ricerca dell'equilibrio psichico

Si tratta di ricreare la fiducia negli altri poi in sé per uscire dalla vergogna e dal dubbio. Come ritrovare lo stato di veglia e di vigilanza che potrà ricostituire un abbigliamento psichico, un tessuto dell'Io sufficiente per «rivestirsi» nel senso di sentirsi bene con se stessi?

È importante mirare a ricreare il manto psichico di difesa e di protezione, questo vestito adattato a sé che permetterà di lasciare cadere la costrizione, la corazza, lo scudo del disturbo del comportamento alimentare: attraverso la fiducia. La fiducia stabilisce il ritorno della parola di scambio, unicamente attraverso l'uso di metafore comunicative. Utilizzare un linguaggio ricco di immagini e non astratto per proporre le parole portanti. La fonte della fiducia è “a portata di bocca e di mano” nelle parole giuste di cui la giovane adolescente e il giovane adolescente potranno impadronirsi.

Il dialogo permette di trovare il sapore di ciò che non è visto, provato, sentito fino a quel momento se non attraverso la sensazione di caduta permanente nel lugubre. Il lugubre è il segno della perdita di sé. Apprendere a spostare minimamente il proprio angolo di visione per vedere lo stesso paesaggio, lo stesso spazio in maniera diversa. Nella malattia, tutto diviene nero. Spostare la propria visione, spostarsi per vedere l'avvenimento, la consegna, il momento alla luce di una sinergia positiva. Nella cordata, ritrovare la possibilità di vedere vedendo in due.

Ritrovare il gusto di nutrirsi, di legarsi, di curarsi, guarire. Il percorso di guarigione è una vera traversata del deserto. Qual è la manna di questa traversata? Cosa è nutriente nel senso buono del termine? Saper porsi domande e tessere a due un solido filo di interrogativi, scoprire le evidenze da riesaminare, passare di domanda in domanda, in effetti, nel processo di cura, è un dare e ricevere. Esiste una sorta di spiraglio nella difficoltà per mezzo di una parte creativa che scopre degli orizzonti inattesi; non c'è guarigione dalla malattia senza la creazione di soluzioni che rinnovino già l'ambiente di vita, per questo giorno, questo istante in questo luogo, con questa persona...

Scogli e tappe

Possiamo fare l'inventario delle principali tappe - scogli caotici e accettazione di soluzioni creative.

L'angoscia del vuoto e l'insaziabilità (a vuoto), poiché la distruzione psichica, quella dei rapporti con l'altro e con sé, e quella delle parole che stabiliscono relazioni tra i pensieri, procede inesorabilmente, fino all'assenza di ogni traccia.

Conviene dunque nominare la perdita di tracce mnestiche della presenza dell'altro e riconoscere la disperazione nell'assenza della presenza, identificare il sentimento di povertà relazionale ed il vissuto di sconforto estremo.

Il viraggio bulimico ha per conseguenza un'esitazione, un vissuto di incertezza simile a uno stato di debolezza. Tutto ciò conduce fuori tempo, fuori luogo, e dunque fuori dalla soggettività. Si tratta di rallentare l'accelerazione bulimica passo a passo, gradualmente, di settimana in settimana, minimalmente affinché la sua riduzione sia sopportabile malgrado la sua funzione di difesa contro l'eccitazione psichica attraverso l'eccitazione e l'irritazione del corpo, del tubo digerente e della bocca, per i dolori ai denti, alla colonna, e in tutti i muscoli impegnati nello sforzo di vomitare, fino a sprofondare in un sonno di piombo.

Dopo tali colpi duri - le crisi - l'indomani vede aggravarsi l'intolleranza alle più leggere frustrazioni. Questo è per analogia alla secchezza e alla disidratazione della pelle del corpo dimagrito, un funzionamento di pelle «psichica» secca e irritata. L'Io è considerevolmente impoverito. Perde le sue capacità di differire, di sospendere l'azione, di riflettere su di sé, di considerare le conseguenze e le capacità d'*après coup*.

Il percorso di guarigione passa attraverso la prima tappa, in questo caso, quella dell'astinenza dalla tossicomania bulimica. È una lunga traversata di un tunnel oscuro e spaventoso come l'astinenza da ogni dipendenza. Eccone i punti di riferimento: dapprima la percezione della fatica, poi l'arrivo di incubi e di terrori notturni, seguito da uno stato depressivo che non bisogna prendere per depressione patologica. È, al contrario, dopo l'esordio della rinuncia e del lavoro di lutto della malattia, un tempo di depressione da rimaneggiamento estremamente creativo e fonte di rinnovamento appena i precursori dell'Io sono ricostituiti (capacità di latenza, di riflessività, d'*après coup*, di discernimento, di vigilanza e anticipazione protettiva).

La depressione da rimaneggiamento comincia con il ritorno dei ricordi e dei sogni e la metamorfosi del corpo: «È tutto nudo, si riparte, si ricrea a partire dalle sensazioni sconosciute».

Dal vertice del gruppo di cura e del gruppo familiare, quali trasformazioni?

La prova della collera provata di fronte a qualcuno che è preso nelle reti di un Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA) è terrificante. Collera nel gruppo familiare, collera nel gruppo di cura. Intendiamo che nella collera c'è una separazione, una volontà di una nascita con il forcipe, una rinascita attraverso cui c'è una separazione, un distacco perché lo sguardo è vero. «Muoviti di là». Come intervenire perché la giovane adolescente o il giovane adolescente si stacchi dalla fissazione? Non si tratta di emettere un giudizio ma di identificare dei punti di riferimento, accompagnando con uno sguardo di fiducia e di coraggio per intraprendere insieme la traversata verso la guarigione. È lo

sguardo di benevolenza che veste di coraggio e di fiducia e avvolge nella speranza di guarire veramente, è uno sguardo di dolcezza, laddove prima tutto era molto ruvido, diviene vivo. Come provare tenerezza per questo corpo sofferente e in metamorfosi?

La soluzione dell'anoressia e della bulimia che a volte la copre è stata in origine l'opera di un rifiuto, di una rivolta. Appariva agli occhi dei gruppi di cura e familiare come l'espressione di una collera, di una rabbia rivolta al genitore interno e alla cura: «Il mio corpo non ti appartiene». La rivolta che faceva parte della vita condivisa si vede sviata dalla sua funzione vitale di protesta e di affermazione per divenire parte della morte condivisa nel gruppo familiare o nel gruppo di cura. Questo diventa una caricatura di dialogo, è finita. È successo, è la catastrofe. È il caos. Due vie possibili: una di rinnovamento (arrivare a toccare il fondo per risalire come altro, nuovo e rinnovato), come una nuova nascita, l'altra di rinforzo sul cammino della guarigione di un rifiuto ostile alla cura, una ripresa della tossicomania e della fame, una via di dipendenza diabolica, che snatura.

Cosa accadrà nella famiglia o nella cura? Rivelazione di uno più vivo o morte del vivo che si fermava?

Sbagliare strada su questo percorso del funzionamento anoressico attacco-fuga, significa ritrovarsi avendo perduto il proprio controllo, addormentati e denudati (senza alcuna difesa contro il procedere della perdita dei legami, della vergogna poi dell'avversione del corpo, scoraggiati, amareggiati, svestiti, vergognosi, senza un Io-pelle, senza una memoria del corpo, senza custodire più niente). Di fronte alla deprivazione, ciò che riveste, è fundamentalmente lo sguardo benevolo.

La sentinella custodisce i propri abiti

Vegliare e conservare i propri vestiti psichici, all'origine della parola, in ebraico, è lo stesso. Conviene essere vigili per non lasciarsi affascinare dalla dipendenza che può condurre ad un atteggiamento di cura riparativo o ostile in rispecchiamento del rifiuto di nutrirsi poiché sbagliare, reagendo come lei o lui - è, per esempio, assumere in primo luogo per punti di riferimento della via di guarigione la quantità e non la qualità, sorvegliare l'assunzione alimentare e verificare il peso, scambiando il corpo con un sacco nel quale ciò che entra in quantità deve divenire peso - significa ritrovarsi nudo, deprivato e, nello stesso tempo, pieno di vergogna, come la giovane adolescente o il giovane adolescente, distrutto dalla volontà di potenza.

Colui che è attento al cambiamento resta vigile, accetta il suo ruolo di guida e non di decisore, accetta di non fornire nulla da solo per condurre la giovane adolescente o il giovane adolescente alla sua guarigione, egli è una sentinella

notturna della metamorfosi e perciò conserva i suoi vestiti, come a dire che egli non cade nella vergogna di non potere fare nulla da solo.

Il gruppo di cura, il gruppo familiare devono, come una sentinella, poter conservare un pudore, una riservatezza, una forma di rispetto nei confronti di se stessi, non cadere nella vergogna, quando sono in contatto con una persona in carenza di peso in senso fisico e psichico. È così che la persona sofferente di anoressia ritroverà il rispetto di sé, nel contatto con il gruppo con il quale è in relazione, gruppo familiare o gruppo di cura, anche gruppo di svago.

Questi gruppi devono imparare a vedere l'essere profondo, profondamente vivo che vive in questo corpo impressionante, che può rendercelo irricognoscibile e scoraggiarci dal desiderare di conoscerlo. Come inventare le mediazioni che ci daranno l'occasione di riconoscerlo o riconoscerla in tutto il suo valore e anche nella sua bellezza, la sua nobiltà di animo e la sua ricerca di senso? La pratica bulimica e l'involucro di peso alterato fanno vivere l'essere che è rinchiuso in questo problema nella clandestinità. Il suo disturbo del comportamento alimentare l'ha reso clandestino. Soffre ma lo nasconde. Talvolta ha perso il gusto dell'intimità condivisa.

L'impegno, un poco ogni giorno, passo dopo passo

Per il giovane adolescente o la giovane adolescente, è fondamentale fare l'esperienza di occasioni in cui ritrovare uno spazio di intimità. Sono particolarmente vulnerabili alle situazioni di esposizione del loro corpo. È importante tenerne conto. Pur aiutandoli ad osare poco a poco di andare avanti e scoprirsi, di prendere il rischio della prova, poi di vivere la prova e l'errore senza rinunciare a proseguire, a mantenere il loro impegno. Se escono dall'insofferenza e scoprono il piacere della pazienza e della perseveranza, saranno più fiduciosi in se stessi e nelle loro nuove relazioni con gli altri. Perciò, è importante aiutarli a non prendere la parte per il tutto, la difficoltà presente è limitata, lei non colpisce tutto il loro essere...questo corpo preso in difetto non è il tutto di sé, è una parte di sé che la loro metamorfosi fisica e psichica renderà più vicina a loro.

Una delle funzioni essenziali del terapeuta è di testimoniare, testimoniare il percorso della guarigione e della guarigione completa di altri, che hanno dovuto fare questa traversata con fiducia, una traversata che porta all'uscita dalla malattia e all'apertura a vivere, da vivi, allo scoperto. Allo stesso modo, è una funzione essenziale di tutti i professionisti incontrati in questo periodo.

Una delle funzioni essenziali di colui che si cura, è di testimoniare il suo desiderio di guarire e di perseverare acquisendo poco a poco la capacità di continuare a seguire la direzione indicata, a guidarsi lui stesso in questa medesima direzione, con benevolenza, pazienza, riflessione e desiderio di imparare a trarre forza e incoraggiamento (e non scoraggiamento) nei momenti

di insuccesso. Che la persona possa sperimentare che non viene abbandonata appena le cose non vanno abbastanza bene, abbastanza in fretta.

Il nido dell'aquila

Mosè nel deserto aveva usato questa metafora nelle sue ultime parole trasmesse al suo popolo. Quando l'aquila che nidifica molto in alto vuole insegnare al suo piccolo a volare, quando decide di spingerlo fuori dal nido, lo incoraggia planando al di sopra di lui; lo osserva nella caduta. Se il piccolo, spaventato, ha l'istinto di aprire le sue ali e scopre che l'aria gli offre resistenza e una portata, lo lascia dibattersi per arrivare a battere le ali, per farne esperienza nel tempo in cui le sue forze si tempereranno. Se il piccolo, terrorizzato, si lascia colare a picco senza aprire le ali, l'aquila spiega tutta la sua apertura alare per venire al di sotto di lui affinché il piccolo cada sulle sue ali e lo riporta sul nido perché è ancora troppo presto, non ha ancora la maturità per volare con le sue proprie ali. Più avanti, lo spingerà di nuovo.

La cura non è che temporaneamente respinta, è un nido di aquila poiché è un luogo di verità e di parola, il luogo per orientarsi, un luogo per riconoscersi e imparare a sentirsi pronto al volo. Il riconoscimento è nello stesso tempo riconoscimento della propria identità e sapersi identificare con gli altri. È pure nella lingua francese, si può avere della riconoscenza, della gratitudine, rendere grazie per la fortuna, l'entusiasmo e lo slancio condiviso, così come per la tenacia condivisa, per la battaglia condotta.

La cordata reversibile

Nell'esperienza clinica della cura dell'anoressia, in particolare quella che ha compreso il vomitare, propongo di saper permettere che un conflitto maturi affinché si sviluppi pienamente. Con il tempo, dall'interno, nell'intimità di sé, questo lascia la sua prima andatura, amara, quella di un passaggio all'atto, spesso quella dello scoraggiamento. Nel riparo dell'oscurità, nasce il non visibile. Allora, ciò non è solamente il sentimento di uno spazio intimo che avremo conquistato, ma lo stupore - lo stupore di sentire l'intimità al lavoro, tenendo, ritenendo, contenendo movimenti pulsionali disparati, conflittuali tra loro. Lavorando sulla complessità della loro mescolanza, una unità, l'unica di un istante, si raccoglie. L'esperienza non va da sé; è il risultato di una crescita, di una maturazione. Come sulla lingua le impressioni disparate dell'assaggio di un vino evolvono, nello stesso modo il conflitto cambia di andatura se noi gliene lasciamo il tempo.

Conflitto e conflittualità, l'esperienza è così riconoscimento in sé di realtà esterne a sé. E questa integrazione può chiamarsi la responsabilità. È la definizione che ne dà Winnicott (1971) ne *La natura umana*, uno stato di

coscienza dove si riuniscono dei ricordi dall'infanzia all'età adulta, il risultato di ciò che era, di ciò che è e di ciò che sarà nelle relazioni di sé con gli altri. Freud (1925) ne aveva trovato il terrore nelle parole al negativo, quali «In ogni caso, ciò non è...» (vedi il suo articolo su *La negazione*). Con l'intermediazione del nostro ascolto delle parole dell'altro, scegliamo per lui di rispondere alle parole venute dal suo terrore. Ritrovarle ascoltandoci collega cose inconciliabili. La lingua è una terra da lavorare: terapeuti e paziente uniscono la loro forza e la loro inventiva dal momento che credono al proprio potere di far crescere ciò che si è seminato.

Tuttavia, non siamo sempre tentati di volere accelerare lo sviluppo in corso, come se si potesse, in qualche maniera, fare ingrandire i tulipani tirando su i loro gambi? Vorremmo prendere posizione rispetto al conflitto che ha luogo nello spazio della cura. Certamente, il conflitto interpella i terapeuti che hanno paura su ciò che potrebbe sfuggire loro di mano. Fuori dal confronto, preferiremo dominare la situazione con le parole o la scelta di un senso che interpreta l'azione e gli avvenimenti. Ora ciò interromperebbe il processo di soggettivazione che il conflitto può avviare perché l'emergere della soggettività è per così dire ucciso sul nascere dalle nostre osservazioni o dalle nostre spiegazioni.

Ricordiamo che conflitto vuole dire battersi con. Il conflitto ci affligge e ci infligge di metterci al lavoro come in un combattimento. Rielaboriamo ancora e ancora la nostra posizione di accoglienza della conflittualità psichica di un altro nella sofferenza e quella che ci tocca personalmente - quella del contro-transfert. La nostra empatia, le nostre possibilità di immedesimazione hanno trovato i loro limiti. Tanto meglio. Là, un essere sofferente ha saputo attirarci, alla soglia dell'imprevisto, nessuna abitudine ci restituisce la nostra disinvoltura. Al diavolo l'avarizia. È nella situazione in cui non abbiamo riserve che siamo più in grado di svolgere la nostra funzione, senza *a priori*, come proponeva Bion (1970). Come il nostro paziente eccoci, deprivati, non equipaggiati di risposte preconfezionate, pronti a lasciarlo passare davanti e prendere la testa della cordata. Saremo autenticamente all'ascolto senza pregiudizio. Senza una teoria preventivamente protettiva dell'incontro di cura, eccoci vivi alla presenza di questo altro che aspetta attivamente qualche cosa dal nostro ascolto, a dispetto di tutto.

Ricreare i precursori dell'Io

Ricreare i precursori dell'Io, deprivato durante l'esperienza di vita, nella cura della latenza, della riflessività dell'Io, dell'effetto *après coup*, significa preparare il ritorno alla vita ordinaria. Per Eva la latenza si è stabilita dopo l'esplosione di collera (vomitare psichico e ritrovamento della motricità del corpo), la

riflessività dell'Io nel momento di transizione dalle passeggiate solitarie a quelle in presenza di altri, e l'*après coup*, al momento della decisione del padre di dire no alle modalità adesive e ansiose della relazione madre-figlia e della figlia di fronte all'angoscia, che ha permesso a Eva di andare oltre per uscire all'esterno e abbandonare l'interno. Il ricreare i precursori dell'Io fonda nel terzo la relazione con gli altri e prepara l'assetto del paziente e del terapeuta in cordata reversibile.

La prima apertura e la sua depressione da rimaneggiamento

Ciò suppone di aprirsi per venire e venire a vedere ciò che accade in sé dai due vertici, vertice di cura, vertice paziente, così come dal vertice genitori, vertice adolescente nella misura della trasformazione, ugualmente se il primo vissuto dell'apertura è la contrarietà, la contrarietà per l'effrazione provata, effrazione fatta al sentimento di completezza ingannevole che dava la malattia bulimica e anoressica. Il momento più duro da tenere è quello della stabilizzazione senza l'euforia della ricerca di una nuova perdita di peso. I movimenti depressivi richiedono una grande vigilanza in questo momento, e si spiega (con la fine dell'euforia della restrizione) il rischio di ripresa della malattia, nei sei mesi dopo l'arresto, mesi di ritorno al rapporto normale con la nutrizione. Lo sport nella dose fisiologica e il suo effetto euforizzante, tonico è una buona carta che ridiviene essenziale in questo periodo dove la fatica è spesso percepita.

L'effrazione che la cura rappresenta fa poco rumore, o passo, come se il terapeuta venisse con passo felpato, come un ladro, a sottrarre la malattia senza fare rumore. Le lacrime scorrono spesso quando la cura comincia ad essere efficace ed i primi risultati della guarigione si fanno sentire. Giungere a ristabilire il pasto del mattino, o quello della sera, sentire un guadagno di energia o un guadagno di sonno che rallegra pur arrecando angoscia al tempo stesso ne sono la prima tappa. Poi sopraggiunge il tempo della perdita della corazza anoressica che una volta impediva di fruire del confronto con i limiti nuovi, con delle verità ora ben visibili. Questo nuovo faccia a faccia con se stessi e con gli altri non è necessariamente facile, è sconcertante di non avere più lo scudo o l'alibi per nascondersi ed evitare il legame.

Nota del traduttore

1. Colette Combe (2004, p.175 tr.it.) definisce, fra i precursori dell'Io, l'*après coup* come segue: «*Il secondo precursore dell'Io è appunto l'après coup, la capacità di un aggiustamento che avviene in un tempo successivo, quando si riconosce qualcosa che è stato già vissuto*».

Bibliografia

Funzione Gamma, rivista telematica scientifica dell'Università "Sapienza" di Roma, registrata presso il Tribunale Civile di Roma (n. 426 del 28/10/2004)– www.funzionegamma.it

Bion W. R. (1970). *Attenzione e interpretazione*. Ed. Armando, Roma, 1973.
Combe C. (2004). *Capire e curare la bulimia*. Borla, Roma 2007.
Freud S. (1925). *La negazione*. OSF vol.10.
Freud S. (1925a). *Inibizione, sintomo e angoscia*. OSF vol.10.
Winnicott D. (1971). *La natura umana*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1989.

Note sull'autrice

Dott.ssa Colette Combe, psichiatra e psicoanalista, studio : 9 rue Méliès, 69100 Villeurbanne, Tel 04.78.93.88.70, email: colette.combe@gmail.fr
Medico presso il reparto di endocrinologia, servizio del Prof. Michel Pugeat, Polo Ospedaliero Est del *CHU* di Lione.
Tesi di medicina, Colette Monnier-Combe, 1980, Lione, dal titolo: Immagine del corpo e vissuto psicologico della cura dimagrante.
Autore di : *Soigner l'anorexie*, Dunod, Paris, 2002 e di *Capire e curare la bulimia*, Borla, Roma, 2007.