

Dal nutrimento del corpo al nutrimento della scrittura

Una riflessione sulla scrittura nell'anoressia

Ornella D'Aleo

Un po' di storia

Casi di anoressia mentale probabilmente si sono presentati in ogni tempo e potrebbero essere esistiti anche nel Medioevo: pensiamo a quanti racconti di streghe, mistiche, sante anoressiche ci sono stati tramandati dalla letteratura e dalla storia!

Due autori italiani (Accornero e Baraldi) indicano un medico genovese del XVI° secolo, Simone **Porta**, come colui che fece la prima descrizione della malattia.

Ma generalmente la priorità del contributo sull'argomento è attribuita a un medico inglese del XVII° secolo, **Richard Morton**. Nel suo trattato del 1689 riferiva due casi di "atrofia o consunzione nervosa" ed elencava i connotati della malattia che non prevedeva rialzi termici né dispnea né tosse ma perdita dell'appetito, estremo dimagrimento, stitichezza, attività incessante: la paziente è "uno scheletro rivestito solo dalla pelle". Morton diceva che l'appetito era diminuito "in modo singolare" e sottolineava il rifiuto dei pazienti verso qualsiasi tipo di cura.

In un secondo periodo che va dalla metà del XIX° secolo in poi c'è una precisa identificazione della anoressia mentale come malattia clinica chiaramente delineata nei sintomi e nella attribuzione al sistema nervoso non periferico. Il francese **Lasègue** nel 1873 dice che meglio sarebbe chiamarla **inanizione** (morire di fame). Il termine anoressia viene dalla parola greca **an-orexia** che vuol dire **senza brama, desiderio**, parola che manca nella nostra lingua .

Lasègue ha preannunciato l'importanza della psicoterapia ma è stato oggetto di critiche per non aver sottolineato abbastanza l'isolamento necessario nella terapia, per aver appena accennato all' amenorrea, che è sintomo costante e

non tardivo, inoltre il termine **anoressia isterica** da lui usato sarebbe stato modificato nel tempo. **Huchard** nel 1883 sostituisce il nome di **anoressia mentale** ai vecchi nomi, dizione adoperata poi dai medici francesi.

Freud in *Lutto e Malinconia* (1915) valuta l'A. M. come meccanismo difensivo nei confronti del senso di colpa, ma in *Minuta G* (1895) aveva già associato la perdita d'appetito con la perdita della libido. Nel 1927 tale patologia viene addebitata alla **negazione della genitalità** e all'**angoscia** associata a questo processo.

Abraham (1916-20) riconduce l'anoressia allo scontro tra il soggetto e la propria sessualità e identità femminile. Viene associata da lui, come per Freud, alla oralità: **il cibo** è sostituito simbolico di altri bisogni che l'individuo sente di non poter soddisfare.

E arriviamo agli studi di **Palazzoli Selvini** (1963) che la classifica come una "psicosi monosintomatica": la paziente ha un **bisogno ossessivo di controllare il proprio corpo attraverso il rifiuto del cibo**. Viene ipotizzata nel bambino la presenza di un conflitto tra il soddisfacimento dell'oralità e lo sviluppo della sicurezza e della autonomia, per cui, se si soddisfano i bisogni primari orali, si entra in uno stato di insicurezza e dipendenza emotiva. Nello sviluppo post-puberale si instaurerebbe una dinamica proiettiva che investe la corporeità femminile. L'autrice sottolinea che nella famiglia dell'anoressica è evidente la dominanza della figura materna e il ruolo passivo del padre.

Nel 1970 **Bruch** sottolinea che, alla base del disturbo alimentare, c'è una distorsione dell'immagine corporea, derivante da una inadeguata percezione dei segnali del corpo, e la difficoltà a riconoscere emozioni ed angoscia derivante dalla perdita del controllo, da cui scaturisce un **ipercontrollo nei confronti del Sé**. Anche lei sottolinea la relazione madre-bambino: la madre tende ad imporre i propri bisogni e le proprie emozioni al figlio, producendo una distorsione nella percezione degli stimoli interni.

Infine **Winnicott** nel 1970-75 fa rientrare il disturbo nella patologia del Sé con l'elaborazione di una **falsa immagine di Sé, un'identità idealizzata** con la quale l'anoressica si rapporta a sé e agli altri.

Quadro clinico

Possiamo definire l'**anoressia come una alterazione del comportamento alimentare** che porta ad un rifiuto attivo e persistente del cibo e ad una conseguente notevole perdita di peso, in assenza di motivi validi e obiettivi.

La diminuzione del peso corporeo è l'elemento dominante del quadro clinico.

Si trovano anche: *amenorrea, rallentamento del polso, del ritmo respiratorio, ipotermia, scompenso elettrolitico*. I depositi adiposi scompaiono e sono sostituiti da angolosità. Solo le mammelle conservano un certo sviluppo. C'è ipotrofia dei muscoli, tuttavia si nota una certa facilità e vivacità dei movimenti. Vi è quasi sempre ipertensione arteriosa, frequente la bradicardia.

Le pazienti sono solite attuare una **strategia difensiva** nei confronti delle sollecitazioni a nutrirsi, per cui si procurano volontariamente il vomito o usano purganti, clisteri, diuretici per diminuire l'apporto calorico.

Dal medico esprimono la preoccupazione di poter ingrassare, portano a giustificazione il modello estetico offerto dalla pubblicità e dalla moda. E presentano *caratteri comuni*:

- Conoscono l'apporto calorico degli alimenti
- Riferiscono il ricorso a diete ipocaloriche
- Riferiscono sensazione di peso e gonfiore dopo i pasti
- Fanno attività sportiva e hanno una vita personale iperattiva

Alcuni fondamentali *aspetti clinici* sono:

- Il disturbo dell'immagine corporea
- Una inadeguata percezione degli stimoli neurofisiologici come fame, sazietà, stanchezza
- Una anamnesi infantile con presenza di alcune caratteristiche: generalmente figlia unica o di genitori emotivamente rigidi e ossessivi, nell'infanzia spesso sono bambine modello, hanno un legame ambivalente con una figura genitoriale (solitamente la madre).

Dal DSM IV° (1995) l'A.M. è posta tra i disturbi dell'alimentazione e identificata da **5 criteri diagnostici**:

1. rifiuto a mantenere il peso a un normale livello minimo (15% in meno dello standard altezza/peso)

2. angoscia di prendere peso senza obiettivi riscontrati
3. alterazioni del vissuto (come la persona si vede)
4. mancanza di almeno 3 cicli mestruali consecutivi in assenza di cause organiche
5. condotta tesa a nascondere la malattia

Ma già nel DMS V° (2011) è cambiata la modalità di classificazione dei Disturbi Compulsivi Alimentari. In particolare è stato definito che:

- A) L'amenorrea non rientra più tra la sintomatologia tipologica della anoressia nervosa.
- B) L'anoressia è giudicata come superabile, tamponabile, ma non guaribile in modo definitivo
- C) C'è un aumento tra gli adolescenti delle forme DCA nella popolazione maschile, considerando la fragilità del maschio nell'epoca attuale.
- D) Il giovane maschio anoressico ha molti fattori di debolezze, che lo indirizzano successivamente alla criticità dell'uso ed abuso di sostanze.
(Giornale della Prev. dei medici di A. Gulli 2011)

In sintesi è un disturbo comune nel mondo occidentale o occidentalizzato, interessa tra lo **0,5 e l'1%** della popolazione, **il 2%** per le forme bulimiche. I dati recenti dicono che **l'1%** delle ragazze tra i 12 e i 18 anni presenta indici conclamati di A.M., **il 5%** se i criteri diagnostici sono meno rigorosi. L'età di insorgenza è tra i 13 e i 25 anni, ma è documentata anche più tardi. L'esordio è di solito collegato con un episodio stressante della propria vita. Negli ultimi decenni la patologia alimentare ha avuto un aumento di incidenza anche presso la popolazione maschile.

SCRITT. n.1

l'ho vissuta veramente male. Era molto imbarazzante per me parlare di determinati discorsi e molte volte raccontavo bugie, inventando storie mai accadute per sentirmi uguale a loro. Quando uscivamo o c'era qualche incontro a casa tra noi ragazze, per me era una tragedia perché si andava sempre a parlare di quel compagno di classe o il più bello della scuola e di tutte le strategie per conquistarlo, io non mi sentivo per niente facente parte di quelle tali amiche e di quei tali discorsi me ne volevo solo andare, sentivo che io non potevo confrontarmi con loro e ne laborarmi perché ricompensate mi avrebbero emarginato essendo qualcosa di "anomale". La cosa brutta è che non mi sentivo uguale a loro né per un verso né per l'altro sia perché il mio interesse era per lo stesso sesso e sia perché non ero ancora arrivata a dare un bacio a qualcuna. Finalmente arriva il mio momento ed esplode

E. donna di 18 anni

Una scrittura con ineguaglianza di forma, dimensione e direzione che evidenzia una grande sofferenza. Freud: ambivalente. Jung: animus. Persona. C'è un atteggiamento difensivo e carenza di coesione interna. E. annulla le emozioni e si controlla con la razionalità. La figura del padre sembra non esserci stata (p), la sessualità femminile è problematica (d) e g. L'inconscio è compresso (impost. spaziale) da cui tuttavia E. attinge (m). Comportamenti instabili, mutevoli e incoerenti che esprimono insicurezza ed ansia (pressione ineguale, direzione a più andature, caminetti, t a croce, ovali gonfi o schiacciati).

E. è la seconda di due sorelle con genitori separati da quando erano piccolissime; il padre è presente fisicamente ma in realtà è indifferente, la madre è invadente, possessiva, intrusiva.

Da quando ha 12 anni ha cominciato a presentare disturbi dell'alimentazione. Lo scritto è tratto da una memoria che ha tracciato come "identità descrittiva" prima di entrare in ricovero in una clinica specializzata. Alla fine nell'ultima riga, non riesce a scrivere la parola: anoressia.

Esame obiettivo

Il racconto dei parenti è identico per tutti: il mutamento del loro carattere è coincidente con l'inizio della malattia. Da adolescenti normali diventano **scontrosi, chiusi, solitari**. Non stringono amicizie e allontanano le precedenti. Vivono isolati a scuola o nel lavoro. Sono **iperattivi** nello studio o nel lavoro ma l'espressione è triste, l'atteggiamento del corpo è rigido, la mimica facciale povera. Nei rapporti con la famiglia, specie con la madre, sono irritabili. Pedanti e ipercritici nei confronti di fratelli e sorelle, fanno osservazioni che spesso vertono sull'alimentazione di questi. A volte tendono a imporre alla madre o alle sorelle il cibo che negano a se stessi. Suscettibili, non tollerano esortazioni e sono seccati se qualcuno dice loro che hanno un aspetto discreto. Ciò nonostante stanno spesso allo specchio, sono esigenti e personali nella pettinatura e nel vestiario che vogliono variato, ma vestono sempre con lo stesso vestito.

Rifiutano di allontanarsi dal luogo dei loro conflitti, la **famiglia**, anche se sono in difficili rapporti con i familiari.

Quasi sempre l'intera famiglia è **disturbata**; l'atteggiamento familiare è orientato da una parte al successo e alla competizione, dall'altra è poco rispettoso dei confini personali ed incapace di supportare il bisogno di distinguersi. Tutta la casa è centrata sull'ammalato, ma i genitori e il medico di famiglia rifiutano di parlare di conflitti. C'è una insistenza quasi eccessiva sulla assoluta normalità dell'ambiente domestico.

La limitazione dell'**apporto alimentare** dapprima passa inosservato, poi viene ristretto a pochi cibi, magari ai dolci. I grassi vengono evitati. In alcuni casi, i cronicizzati alternano fasi di voracità con giornate di digiuno: durante questi accessi **svuotano il frigorifero**. Non parlano del loro mangiare che è circondato dal **segreto**. Di solito non mangiano a tavola, ma soli, in cucina o nella loro stanza, in piedi. Di nascosto si liberano del cibo, lo danno agli animali di casa o lo gettano nei gabinetti o dalla finestra. Altre volte lo rubano o lo accumulano nei loro armadi. L'impossibilità di procurarsi il cibo o il vivere in un ambiente ove il cibo sia controllato li angoschia, anche se poi non lo mangiano.

Il **cibo** è importantissimo, anzi è la cosa più importante della loro vita ma non

se ne può parlare. Frequente è l'interesse per la cucina, le ricette; hanno l'hobby di cucinare per gli altri dolci e pietanze elaborate. Fanno capricci se manca in dispensa l'alimento desiderato.

Si può parlare per loro di “**fame latente**” perché l'impulso della fame è negato a causa del blocco affettivo strutturatosi intorno al cibarsi. Il movente del non prendere cibo è la necessità di divenire **emaciati**, in una identificazione con il lato **maschile-spirituale** e nel tentativo estremo di rendere il corpo **pura sostanza spirituale, senza peso**.


Alla richiesta di nutrirsi oppongono scuse di ogni tipo, si servono di bugie persino ridicole. Pronti alle lacrime, le discussioni finiscono con il loro singhiozzare sommesso o esplodono in vere e proprie scene drammatiche. Spesso nemmeno tra anoressici si ha il coraggio di confessare l'anoressia.

Il desiderio di muoversi, di fare ginnastica di nascosto è irrefrenabile. Hanno resistenza al freddo (cappotti aperti, mancanza di biancheria intima...), alla fatica (stanno sempre in piedi..), al sonno. Più tardi, quando il corpo è in sofferenza, l'**iperattività** è più apparente che reale.

In conclusione, il disturbo si manifesta dapprima in modo **passivo** (con il rifiuto del cibo) e poi si trasforma in **attivo**, per l'induzione di vomiti volontari, l'assunzione di dosi di purganti, clisteri; l'esito è spesso infausto ed interviene dopo ricoveri con esito negativo. Il grado estremo di malattia viene misconosciuto e minimizzato dal paziente che non percepisce il pericolo per la sua vita.

In preda ad un “**complesso di onnipotenza**” è sicuro di poter controllare le sue condizioni fisiche fino al limite estremo, per poi imprimere una correzione all'ultimo momento, il che equivale alla “follia lucida”, quando pensano di poter dominare se stessi fino all'ultimo.

Lara Mainella, Parigi 26 ∇ 010
questi 'giovani egressivi', mi
ricordano il periodo della scuola.
Questa foto, mi ha fatto riflettere;
e ripensare, a quando, giovane come
loro, mi preoccupavo e "occupavo"
di "vivere me-stesso".
...



O. uomo di 40 anni

Persona ostinata, critica, meticolosa, instancabile (Super Io) che ricerca l'attenzione su di sé e ha difficoltà a relazionarsi con gli altri.

Freud = anale con tracce orali ed edipiche. Jung = pensiero-sensazione, intuizione, sentimento in opposizione. Ha incertezza costante, è alla ricerca di novità, di spiegazioni di sé. Tende ad accentuare le sensazioni, è ricco di immaginazione ed incline al linguaggio dei simboli. È individualista, ma con capacità di ascolto, ha sensibilità e vibrazioni interiori (direzione inclinata con raddrizzamenti, movimento vibrante). Si sorveglia e si controlla con una certa inibizione; ha paura di non essere accolto (arco, ghirlanda stretta, pochages). Capacità di ricevere più che di dare.

Anoressico di tipo intellettuale, narcisista consapevole alla Corto Maltese. È in terapia per disagio esistenziale con disturbi alimentari.

Le cause

Il corpo malato delle anoressiche all'inizio a stento si distingue dal corpo ideale delle immagini della bellezza femminile contemporanea: si ispira ad un **ideale ascetico** della femminilità in cui, attraverso il controllo del peso e dell'alimentazione, l'anoressica aspira a realizzare **l'assoluto dominio della mente su un corpo** da modellare in base ai propri desideri.

Se le giovani donne di fine '800 esprimevano col corpo il rifiuto del ruolo femminile materno imposto alle signore borghesi dalla propria epoca, le adolescenti anoressiche, oggi, attraverso il controllo del peso e dell'alimentazione, realizzano il controllo della mente sul corpo in base ai propri desideri e ai propri valori.

Entrambe sono in conflitto con l'immagine della femminilità imperante nella propria cultura.

Nel Medioevo era l'ideale mistico della mortificazione della carne ad attribuire un significato culturalmente condiviso al digiuno delle sante anoressiche. Allora l'ideale mistico-religioso, oggi l'ideale estetico.

In realtà è il tentativo di **rinforzare un Sé fragile** per carenze di contenimento e riconoscimento primario (da parte della madre), conformandolo ad un **ideale**, ma si tratta di un **ideale malato** che si esprime nei modi rigidi di un **Sé scisso** tra un **polo mentale idealizzato** (corpo femminile disincarnato, atletico ed efficiente, pura energia) e un **polo fisico maltrattato** e mortificato.

La futura anoressica giunge alla pubertà con una organizzazione di personalità che presenta **aree di fragilità**:

- un **ideale dell'Io** severo e ipertrofico

Nell'adolescenza c'è la definizione dell'identità di genere: le A. rifiutano il modello femminile materno; il corpo magro è come una fortezza in cui la persona si rifugia per raggiungere una spiritualità ascetica

- un incompleto e difficile **processo di soggettivazione**

L'inizio del disturbo segue spesso lutti, perdite o separazioni, a cui la futura A. reagisce annullando il dolore psichico con il controllo. Incapace di elaborare la separazione (dall'oggetto materno inglobante ed intrusivo) l'adolescente esprime con il corpo la volontà di separazione. In altri disturbi il sintomo è la dipendenza dall'oggetto (bulimia) o la perdita di padronanza (attacchi di panico).

- una mancata **mentalizzazione del corpo**

Mentalizzare il corpo significa dargli un significato sociale, relazionale, facendone il testimone della propria immagine. Le premesse di questa operazione si pongono nell'infanzia. Alcune madri falliscono nella funzione di specchio per il bambino, non permettendogli di incontrare se stesso nell'espressione del viso della madre che lo guarda, ma rimandando a lui i propri stati emotivi (talvolta per uno stato depressivo). La mancanza di seduzione reciproca impedisce l'unione tra soma e psiche: ne risulta un'identità sfuggente, un falso Sé difensivo.

Il bambino e poi l'adolescente compensa queste carenze empatiche con un sovrainvestimento della mente, ovvero il pensiero assume una funzione difensiva e fa da "buona madre".

Con la pubertà, il corpo assume importanza primaria, ma si aggrava la scissione tra il polo fisico e il polo mentale. È il **corpo pubere** ad essere attaccato: se il corpo infantile era onnipotente, il corpo pubere è contraddistinto dal limite e dalla dipendenza, il bisogno dell'altro (per il desiderio sessuale) minaccia l'autonomia narcisistica.

La figura paterna qui assume un ruolo fondamentale perché in grado di agevolare il tragitto verso l'autonomia, l'accettazione della femminilità e del ruolo di donna. Ma l'incapacità del padre di assumere la funzione di terzo che separa costringe la figlia a rifiutare il cibo, per sottrarsi ad una ingerenza materna che annulla l'individualità.

SCRITT. n 3

Pa nel 2005 mia sorella è parti-
ta per Londra per fare un'esperienza
di lavoro e io sono un po' rima-
dutto nel mio "fautto tunnel"
fautto di scettidine, stati di
malinconia e tristezza. La
vita sta e continuata così senza
un vero scopo o impegno. Il mio
volere è cominciato un certo
voto a aumentare così che

A. donna di 26 anni

La sua scrittura grande, rotonda, tutta zona media, con prevalenza di forma e molti items infantili (suture, collages, addossamenti, gesti ripassati) ci descrive una persona molto concentrata su se stessa, dipendente, influenzabile, che vuole essere al centro dell'attenzione e per questo invade gli altri, non lascia spazio. Mette su di sé una maschera di normalità per nascondere insicurezza e aggressività. Freud = orale forte con narcisismo, Jung = sentimento, Persona.

Anoressica di grado medio, sulla base di un blocco psicogeno scolastico adolescenziale, ancora non superato. A. appare come la vittima sacrificale di un complesso sistema familiare: ha una madre di tipo rigido-ossessiva che riferisce che non ci sono problematiche in famiglia.

In realtà le due figlie sono state vissute in reciprocità ambigua, senza identificazione individuale.

A. è passata dall'infanzia all'età adulta, senza adolescenza. In tutti i rami della famiglia sono presenti psicopatologie di vario grado, ma è A. ad essere portata dalla psicoterapeuta dopo otto anni di peregrinazioni tra medici, psicologi, omeopati, psichiatri, neurologi, esorcisti....

La famiglia

I parametri caratterizzanti la famiglia dell'anoressica sono: **l'invischiamento, l'iperprotettività, l'evitamento del conflitto, la rigidità.**

La figura dominante è la **madre**; il **padre** è spesso assente emotivamente, sopraffatto e svalutato dalla madre. Anche dove il padre è figura dominante, la madre vince con l'atteggiamento da vittima.

L'assenza emotiva e a volte fisica del marito, il suo debole interesse verso i problemi familiari e clinici della figlia anoressica sono le critiche che gli vengono rivolte più di frequente. Mentre questi frequentemente accusa la moglie di "non avere polso con i figli", di averli allevati fragili ed indecisi, di essere troppo tollerante verso gli atteggiamenti "capricciosi", riguardo soprattutto al cibo.

Di frequente in terapia il padre rivela una **doppia fisionomia** di personalità : una esibita in famiglia e l'altra a livello ambientale. Nella prima mostra un **comportamento distaccato**, oppositivo e svalorizzante, ai margini delle dinamiche familiari. Nella seconda esprime un **atteggiamento narcisistico**, manipolativo, poca empatia, **egocentrismo**.

La figura paterna, che, come già detto, ha un ruolo fondamentale nel favorire il tragitto verso l'autonomia e l'accettazione della propria femminilità, può indurre in gravi contraddizioni quando manifesta un atteggiamento di censura verso la sessualità, mostrandosi contemporaneamente seduttivo verso la figlia. Il comportamento di un padre seduttivo determina poi la messa in ombra della madre, sollecitando nella stessa aggressività e gelosia verso la figlia .

Non c'è mai un valido **rapporto affettivo** fra i genitori. **L'aspetto esterno** può apparire **ideale**: dediti al lavoro e alla casa, legati alle regole e alle norme sociali, preoccupati delle apparenze, in realtà anche quando non ci sono liti c'è sempre una tensione sotterranea, una tendenza al malumore e alle discussioni interminabili, sopra i più futili argomenti.

La monotonia del quadro clinico delle anoressiche riflette **la monotonia della figura materna**. Questa esprime l'ambiguità del ruolo della donna attuale. Ha accettato molti comportamenti di tipo tradizionale: ammirazione e invidia per l'uomo, sottomissione al capo della famiglia, dedizione alla casa, ai figli, ma "dentro" non ha accettato il ruolo di moglie e nemmeno di amante passiva.

L'**atteggiamento verso il figlio maschio** è diverso per l'orgoglio materno che suscita e la non facile identificazione di questi con la madre. La femmina diventa più facilmente succube.

Da piccola è la **bambina modello** di una madre invadente, intollerante, ipercritica che le impedisce la **maturazione degli aspetti percettivo-emotivi**. Si ha l'impressione che essa passi alla pubertà senza vera consapevolezza di sé stessa. Il ruolo di **donna** si impone all'improvviso.

“Sei tutta la mia vita!” “Come farebbe la mamma senza di te?” “Come farà la mamma quando te ne andrai!” Sono frasi che ricorrono nella relazione **madre-bambina**, da parte di una **bambina-madre** che, centrata su bisogni infantili di rassicurazione (narcisismo patologico) evidenzia un sentimento di insoddisfazione, che comprende anche l'ambito della sessualità.

Frequentemente nella famiglia di origine della madre della A. si rintraccia una rigida educazione dei genitori nei confronti della sessualità. Il rapporto fra madre e figlia diviene una relazione esclusiva che tiene fuori il padre. Tale relazione entra definitivamente in crisi quando nella figlia si affaccia la componente sessuale (psichica e fisica), spartiacque tra atteggiamenti e bisogni infantili e quelli orientati verso la maturità. Questa situazione viene vissuta dalla bambina-madre come un tradimento del **tacito accordo simbiotico**.

Qualsiasi tentativo di **autoaffermazione** della figlia risulterà ostacolato o svalorizzato per mantenere inalterato l'assetto relazionale. La bambina-madre tende quindi a tenere legata la figlia, unica modalità che ha a disposizione per soddisfare il suo bisogno di attaccamento.

Nell'infanzia, come nell'adolescenza, il **cibo** diventa il “problema principale” per la madre dell'anoressica, **elemento simbolico** di congiunzione tra le due.

SCRITT. n. 4

Caro papà,
Questa sera sarò presente per mantenere una buona armonia all'interno del nucleo familiare, ma non comprendo la motivazione profonda che ti spinge a farmi conoscere le persone che episodicamente servono a riempirti la vita, ma è giusto. So bene che tu sei un uomo ancora giovane e che necessiti di compagnia e di altro contro la solitudine, però questa devi averla da sole le sbagliai che avete fatto tu e mamma e magari avreste potuto impegnarvi ad andare d'accordo. Come figlia io non posso essere contenta di fare la conoscenza con una donna che nella realtà va a sostituire mia madre. La modernità non è nell'accettazione di tutto il futuribile che concerne le proprie figure, ma solo nel cuore di comprenderti. Ora io, anche se ti comprendo come una

R. donna di 23 anni

La sua scrittura così compatta, dove lo spazio è invaso, mancano i margini, il movimento è bloccato, dove il nero prevale, descrive una persona sulle difensive, con richieste affettive pressanti (lettere dodue), immersa nel presente, senza progettualità. La richiesta di attenzione è confermata dalla firma, al centro del foglio. È chiaramente percepibile anche la parola-chiave “disagio” e tutti i segni che indicano il desiderio o il bisogno di ricomporre i legami (ricombinazioni, addossamenti, suture, collages). Sfiducia verso se stessa, ansia e insicurezza per la mancanza di legami e di luoghi certi (*i* isolate, *t* con barra bassa, righe discendenti, tratti ripassati). Non manca l'autocontrollo di tipo razionale.

Anoressica-bulimica, ha una storia drammatica di genitori separati male, una sorella più giovane gravemente anoressica. In passato, mentre era al liceo, ha compiuto tre tentativi di suicidio dimostrativo.

R scrive al padre “di non comprendere la motivazione ... che lo spinge a farle conoscere le persone che episodicamente servono a riempirti la vita”. Poi si risponde da sola : “penso che fai questo solo per un tuo narcisismo, per farci vedere che sei apprezzato e ricercato, ma questo non è necessario e soprattutto ci fa male.”

Cura

È necessario con questi pazienti un lavoro rieducativo che li induca **all'attenzione, alla descrizione, al riconoscimento e infine alla fiducia nelle proprie sensazioni corporee.**

Ma bisogna anche capire quanto dei precedenti rapporti interpersonali si opponga, sul versante emotivo, al nuovo apprendimento e quindi alla conquista di una autonomia anche corporea. È fondamentale un **duplice approccio psico-terapeutico**: la **psicoterapia individuale** e quella **familiare**. Ricordiamo infatti che la seconda funzione del sintomo, il digiuno, è un mezzo per controllare i rapporti familiari (elemento ricattatorio) e ciò fa propendere per la necessità di una terapia sistemica.

Inoltre, per queste DCA, Anoressia Nervosa o Mentale, così come la Bulimia, il protocollo terapeutico è binario, farmacologico e psico-terapeutico ma tutti e due devono essere guidati dall'**amore per la persona**, un amore che nutre **l'esistere** ed il ...**mantenersi in vita** avendo la consapevolezza che **ognuno di noi è un essere speciale.**

Dall'anno 2000 una ricerca, condotta a Roma dal CIDAP, diretto dal prof. M. Campanelli, ha effettuato uno studio clinico diagnostico su larga scala, mettendo in rilievo che il rifiuto del cibo potrebbe risiedere, come ipotesi diagnostica, in un aspetto **psicotico** della struttura o meglio destruttura della personalità. Il problema va affrontato allora con un approccio farmacologico (antipsicotici) che permetta, a latere, di effettuare i percorsi psicoterapici di supporto per l'Io deviato e fragile, da ristrutturare e ricomporre...così da indurre la persona a innamorarsi nuovamente di sé!

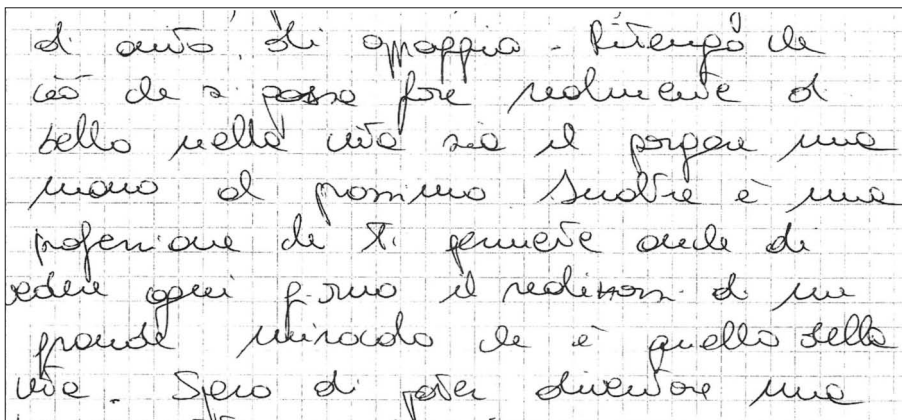
Lacan nel 1938 aveva definito il desiderio anoressico il **desiderio della larva**, un appetito di morte. L'anoressico è un soggetto che ha smesso di interrogare l'Altro, non domanda alcun segno d'amore, spinge verso la chiusura di Sé, verso la distruzione della vita. Egli ha la difficoltà di elaborare il lutto del suo corpo infantile.

Nella bulimia c'è una logica compensatoria: **l'oggetto-cibo** tende a rimpiazzare il **segno d'amore assente**; nell'anoressia, invece, c'è il rifiuto di ogni compensazione possibile.

Esiste un legame tra melanconia e anoressia: per Lacan la perdita del sentimento della vita accompagna certe forme radicali di anoressia (dimensione melanconica); per Freud la melanconia è lo scioglimento del legame tra eros e thanatos, una **pulsione di morte**.

Concludendo: il desiderio è quella leva che ci fa assumere la nostra identità, ci fa crescere, ci fa affrontare le difficoltà dei rapporti con gli altri, con il mondo. Nella parola **an-orexia** c'è la **mancanza del desiderio** (è il **desiderio di essere assente**). **Dobbiamo cercare di reintrodurre nella loro vita... almeno un po' di desiderio.....**

SCRITT. n. 5



d'auto, di coppia - ritengo che
così da essere forse realmente d
bello nella vita se il papà me
muovo al prossimo subito è una
preferenza di X. pensare anche di
edere ogni giorno il redimere di me
grande miracolo che è quello della
vita. Spero di poter diventare una

L. donna di 21 anni

Scrittura arrotondata che ha frequenti interruzioni per il movimento cabré, le riprese a scatti, le suture. C'è un certo narcisismo ed egocentrismo che la portano all'insincerità. È influenzabile (tratto marezato). Freud = orale-fallica con Super-Io, Jung = sensazione-sentimento. Rimane un retaggio di infantilismo; manca l'autonomia. Ha orgoglio e resistenza, paura del nuovo e bisogno di una figura autorevole. È incapace di gerarchizzare.

Ha continui conflitti e tentennamenti, è indecisa tra tendenze e sentimenti opposti (**bello** nel testo è tirillé) Di fronte alle frustrazioni ha reazioni imprevedibili.

Fortemente anoressica è molto contraddittoria. L. è allieva ostetrica ma ha il timore e l'orrore della pancia in quanto tale. Ha paura di lasciarsi andare all'emotività sul lavoro, tuttavia l'emotività le serve per superare la paura di non farcela. Molto osteggiata nella sua scelta dai genitori, è stata sostenuta dalla sorella più grande, figura autorevole che nel frattempo è diventata madre.

Analisi grafologica

Anna Rita Guaitoli nell'articolo "Le corp, c'est un signe" dice che non esiste una scrittura dell'anoressia: "Alcuni studi hanno tuttavia notato la presenza di sindromi grafiche capaci di cogliere alcuni tratti specifici...volontà di controllo, perfezionismo, ansia, immaturità affettive, difficoltà a mostrare le proprie emozioni".

Giungiamo alla stessa conclusione: non esiste una scrittura vera e propria dell'anoressia ma, esaminando gli scritti delle persone anoressiche e/o bulimiche che abbiamo preso in considerazione, sottolineeremo qualche caratteristica specifica comune a tutti:

- è dominante la **forma**, con una **zona mediana importante** e una certa tendenza alla riduzione delle aste inferiori
- come **direzione** la scrittura è **rovesciata** e ad **andamento disuguale** fino ad avere parole "tirillé" o una scrittura a più andature
- lo **spazio** è **invaso**: le pagine sono piene, il **nero** predomina, c'è molta variabilità sia nella larghezza delle lettere sia nello spazio tra lettere, con la presenza di qualche caminetto

In una *sindrome* potremmo dire che è presente il problema del **controllo**, del **perfezionismo**, dell'**attenzione centrata esclusivamente su se stesse**, della **difficoltà alla relazione** con l'altro.

- non c'è mai **ritmo** in queste scritture; anche se *apparentemente* potrebbe esserci una discreta organizzazione spaziale, il contesto è statico, il **movimento** è **controllato, trattenuto, inibito, costretto**; quando è **fluttuante**, il tratto è **molle** e la scrittura risulta allentata.

- La **forma** è arrotondata, la **direzione** sinistrogira, le **lettere affettive** sono molto grandi o ammassate; sono presenti i gesti del **narcisismo**, le **r del reuccio**, i **lacci**, gli **anelli**, ma anche molti **items infantili**: addossamenti, lettere in due parti, pochages, suture, le tre zone mal differenziate, rigo discendente, irregolarità di dimensione e direzione.
- La **dimensione**, come già detto, è **inequale**, come anche la **direzione**
La sindrome conseguente ci parla di una scrittura per lo più **orale** di tipo **narcisistico**; all'inizio della malattia troviamo una **regressione allo stato infantile** che più tardi cede il posto a meccanismi di **difesa e rimozione** (spesso anale). C'è molta **fragilità**, **difficoltà ad affrontare la crescita**, il **cambiamento**, per cui si reagisce con **l'interiorizzazione e la negazione dei problemi**. Una certa amabilità apparente ci parla della **ricerca di approvazione, di accettazione** per la dipendenza dall'altro e la necessità di fuggire i conflitti.
- E giungiamo al **tratto**: questo si presenta con **pressione** quasi sempre diseguale, a volte mazzata, o porosa; la **tensione** è rigida, o tesa ma fragile, e qualche volta insieme molle e irrigidita a metter in evidenza gli antagonismi interni; sono presenti tratti acerati o a mazza.
- Spesso le **barre delle t** sono cadenti verso la zona media, come i **puntini delle i**. Le **lettere affettive**, oltre che gonfie, sono schiacciate o ovalizzate. Le **i** sono isolate, le **aste ricombinate** in zona media, le lettere **p e b** senza occhiello; ci sono lettere a **rebours**.

La sindrome rivela che la persona **controlla male la propria emotività**, la propria **relazione con l'altro e con la realtà**; è tutta tesa a ingabbiare le proprie forze per controllare il **desiderio, la pulsione istintuale** e spesso l'energia è spesa in comportamenti **autolesionistici e aggressivi verso sé stessi**.

SCRITT. n. 6

*Spero vorrai scusarmi, ma per motivi di salute, non potrò partecipare all'incontro di piacere e scambio, nelle giornate stabilite, ma non mancheranno altre occasioni per rivederci.
Ti faccio tanti complimenti per le tue belle attività sociali che svolgi con passione e originalità.*

M. L. donna di 60 anni

La sua scrittura di forma, arrotondata e sinistrogira, presenta i gesti del narcisismo, c a conchiglia, lacci, anelli, che parlano di una amabilità apparente. M. L. nasconde però una fragilità profonda (tratto poroso, leggero e ineguale) con barre delle t, accenti e puntini cadenti verso la zona media (autolesionismo e aggressività verso se stessi).

Fisioterapista, è andata in pensione per una diagnosi di anoressia clinica in seguito ad una sofferta situazione familiare riguardante un figlio.

Ringraziamenti

Desidero ringraziare innanzitutto la dott.ssa Marinella Canale per avermi fornito le scritture e qualche cenno biografico sulle persone che le hanno prodotte, alcuni suoi scritti sui disturbi dell'alimentazione e l'abstract del suo intervento alla Conferenza Internazionale di Venezia-OMS sul Futuro della Scienza (18/20 settembre 2011). Inoltre, come amica, mi ha sostenuto ed incoraggiata in questa ricerca. Ringrazio anche mio marito Claudio che mi ha dato il suo aiuto tecnico come medico ma anche un valido supporto informatico.

Bibliografia essenziale

- AGIF, *Manuale di grafologia*, Roma, Biblioteca di Orfeo 2007
- Arachi A., *Briciole, Storia di un'anoressia*. Feltrinelli 2009
- Baldaro Verde J., *Donna, maschere e ombre*, Raffaello Cortina 1987
- De Clercq F., *Tutto il pane del mondo, Cronache di una vita tra anoressia e bulimia* Bompiani 2010
- Guaitoli, A.R., *Le corp, c'est un signe* in: La Grafologie n. 276, oct. 2009
- Infrasca R., *Anoressia e conflitto sessuale* – Ed.Scient. Ma. Gi 1999
- Manfroni S., *Il corpo negato*, in: Formazione psichiatrica n.3/4, 2009
- Marzano M., *Volevo essere una farfalla*. Mondadori 2011
- Onnis L., *Il tempo sospeso. Anoressia e bulimia tra individuo, famiglia e società*. F. Angeli 2004
- Peugeot, J., *Manuale di grafologia*, Masson 1992
- Recalcati M., *L'uomo senza inconscio*. Cortina 2010
- Riva E., *Una teoria evolutiva del disturbo alimentare*, in: Adolescenza e anoressia. Cortina 2009
- Selvini Palazzoli M., *L'anoressia mentale*. Raffaello Cortina 2006