

Cibo, affetti e immagine corporea: l'esperienza della Comunità terapeutica Alimento

Patrizia Corbellini - Cividale del Friuli

Presidente dell'Associazione Friuli Venezia Giulia per la prevenzione dell'Obesità e dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA),
Psicologa e psicoterapeuta

La comunità per Disturbi d'alimentazione nasce nel 2004 dall'esigenza di trovare un luogo, spazio e tempo adeguati per correggere i disturbi dell'immagine corporea, associati ai disordini nutrizionali.

Questa comunità residenziale è uno degli scalini di un percorso che parte dall'inizio degli anni '90 quando i disturbi nutrizionali costituivano una patologia emergente anche in Friuli Venezia Giulia. Alcuni liberi professionisti, che avevano iniziato a curare individualmente pazienti affetti da eating disorders, fin dal 1996 avevano costituito un gruppo interdisciplinare ed una associazione Progetto Friuli Venezia Giulia per la terapia dell'Obesità e dei Disturbi dell'Alimentazione.

Allora gli obiettivi erano soprattutto quello di realizzare un linguaggio comune tra operatori con diversa formazione accademica (psichiatra, psicologo, nutrizionista, internista) e quello di integrare gli approcci tradizionali (cognitivo-comportamentale, psicodinamico, relazionale) per mettere a punto trattamenti che tenessero conto sia delle componenti psichiche sia di quelle biologiche.

Le emergenze più evidenti nei pazienti trattati erano: il rapporto conflittuale con il cibo ed il proprio peso (rifiuto del cibo, desiderio compulsivo di esso, oscillazioni ponderali, ecc.), i disordini psico-emotivi (pensiero fobico, ossessivo, ecc.), l'amplificazione traumatica di eventi esistenziali (esperienze di abbandono, fallimenti) oltre a situazioni ambientali insostenibili ed intrusività familiare.

Accanto a ciò c'era l'esigenza di proporre una terapia bio-psico-sociale sufficientemente efficace da ridurre la necessità di ricorrere all'ospedalizzazione forzata.

Intorno agli anni '90, infatti, le Aziende Sanitarie regionali non erano attrezzate per dare una risposta adeguata ai Disturbi dell'Alimentazione, mancava un centro specializzato per realizzare i vari livelli di cura ed i trattamenti offerti dai diversi servizi (psichiatria, neuropsichiatria, pediatria, gastroenterologia, ecc) non erano collegati né coordinati.

Rispetto ai casi complicati da una patologia psichiatrica, in cui il grave dimagrimento mette a repentaglio la vita stessa del paziente, veniva imposto un trattamento sanitario coercitivo basato sulla rialimentazione (alimentazione artificiale o forzata) con una totale medicalizzazione della problematica nutrizionale.

Questo processo di medicalizzazione psichiatrica e biologica, ancora oggi troppo diffuso, è vissuto dal soggetto come una forte aggressione esercitata su di lui dai familiari e dai sanitari. Spesso a fronte di un miglioramento ponderale immediato si assiste ad un successivo peggioramento psichiatrico e ad un ulteriore calo di peso con rifiuto rigido di qualsiasi cura.

Nel '95 l'Associazione Progetto Friuli Venezia Giulia per la terapia dell'Obesità e dei Disturbi dell'Alimentazione si era data come scopo oltre alla cura ambulatoriale interdisciplinare anche l'informazione e la prevenzione. Grazie ad un'azione di coinvolgimento della scuola dell'obbligo, degli Enti Locali e di numerose associazioni si sono realizzate una serie di conferenze sul tema "Disturbi dell'Alimentazione: come prevenirli e curarli".

Dal 1995 ad oggi questa associazione ha realizzato circa 200 interventi.

Uno dei temi centrali di questa campagna d'informazione riguarda l'idea che la strategia per il recupero, il mantenimento del peso e la ricostruzione del benessere psico-fisico e sociale del soggetto si basa sull'integrazione di metodiche riabilitative nutrizionali e psicoterapiche.

L'approccio non può essere impositivo, né prescrittivo ma collaborativo e concordato. La figura centrale di riferimento non è il nutrizionista, lo psichiatra, lo psicologo ma, a seconda dei casi, un referente dell'equipe interdisciplinare che collabora alla cura del caso e centra su quel caso il percorso terapeutico più opportuno, che viene ridiscusso più volte dal gruppo dei curanti, spesso in collaborazione con il paziente. Questo aspetto contrattuale è tipico dell'approccio cognitivo-comportamentale e resta un perno della riabilitazione psico-nutrizionale compatibile con la sinergia di altri approcci tutt'ora in uso.

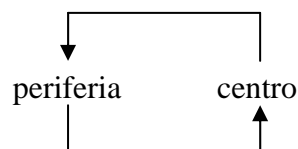
Dopo alcuni anni di lavoro ambulatoriale l'equipe dei curanti è cresciuta, alcuni operatori sono stati sostituiti da altri, le emergenze terapeutiche più evidenti sono mutate. L'interdisciplinarietà oggi è scontata ma restano in sospeso alcune

problematiche. Prima fra tutte le distorsioni dell'immagine corporea e le dispercezioni.

Riguardo le strategie terapeutiche per normalizzare le distorsioni percettive dei pazienti con disturbi nutrizionali ci siamo allontanati da approcci di tipo cognitivo o psicodinamico (che pur continuiamo ad usare) per avvicinarci sempre più ad approcci che si collocano nell'universo delle terapie corporee. Training autogeno, yoga, shatzu, massoterapia tradizionale, ginnastica orientale, drammateatroterapia rispondono in modo più adeguato alla necessità di integrare mente e corpo in un processo di ricucitura delle scissioni.

Il modello di riferimento che ci sembra più vicino ad una concezione dell'io come integrazione come integrazione psico-fisica è quello di Vezio Ruggieri, attualmente docente di Psicofisiologia presso l'Università La Sapienza di Roma.

Secondo Ruggieri i processi mentali sono funzioni del Sistema Nervoso Centrale. Molti comportamenti istintivi, come quello oro-alimentare, possono essere modulati da impulsi nervosi provenienti dalla corteccia cerebrale dove si elaborano le rappresentazioni della propria immagine corporea, dell'identità e delle interazioni sociali. L'immagine corporea, in particolare, integra input provenienti dalla periferia (soprattutto dall'attività muscolare) con input provenienti dall'ambiente esterno e dalla propria storia (memoria). Essa può considerarsi un processo nucleare che è alla base dell'identità personale. L'immagine corporea ha una funzione modulatrice del comportamento inducendo sollecitazioni facilitatorie o inibitorie sia a livello delle strutture sottocorticali (condizionando, ad esempio il comportamento alimentare) sia a livello della periferia somatica. Essa può imprimere nel corpo schemi espressivi, atteggiamenti, posture relativamente stabili, pur agendo con modalità dinamiche. Infatti il suo funzionamento è dovuto agli input provenienti da quel soma che lei stessa rimodella secondo modalità circolari:



La fenomenologia posturale ed espressiva dell'individuo è la risultante visibile della sua autorappresentazione mentale ma è nel contempo segno dei suoi conflitti che possono essere trattati agendo direttamente sul corpo con tecniche adatte.

Per meglio comprendere come l'immagine corporea possa interferire con l'istintualità oro-alimentare ci soffermiamo brevemente sulla regolazione della fame.

La fame, com'è noto, nasce dalla sintesi di informazioni corporee che comprendono più variabili: dal basso livello di glucosio ematico all'assenza di segnali di distensione provenienti dai recettori del sistema digerente. I nuclei dell'ipotalamo (laterali e ventromediali) responsabili dei segnali di fame e sazietà sono modulati dalla periferia del corpo attraverso input di go e stop.

In assenza di segnali di stop questi nuclei attivano, per via ascendente, la corteccia cerebrale che avvia il comportamento motivato verso la consumazione di cibo. Ruggieri sostiene che il comportamento alimentare restrittivo dei pazienti anoressici non riguarda l'inibizione ipotalamica dei nuclei laterali e ventromediali (centri della fame e della sazietà) bensì l'inibizione ipotalamica dei nuclei preottici ed anteriori che presiedono allo sviluppo della maturazione sessuale. Tale inibizione sarebbe indotta dall'area corticale deputata all'elaborazione dell'immagine corporea.

Le argomentazioni di questa tesi sono:

1. non l'assenza ma la presenza di un intenso vissuto di fame (non appagato) da parte dei pazienti anoressici;
2. la presenza dell'amenorrea;
3. le tesi psicodinamiche che sottolineano in questi pazienti il rifiuto della crescita ed il timore della sessualità adulta.

Attraverso una revisione della letteratura psicologica Ruggieri sottolinea che anche la Bruch conferma che i pazienti anoressici hanno un concetto di sé deficitario, si sentono vuoti e malvagi, incapaci di affrontare le responsabilità, pervasi da un senso di inadeguatezza che fa evitare i ruoli adulti.

Ruggieri sostiene che l'inibizione ipotalamica dei nuclei preottici ed anteriori è influenzata dalla rappresentazione mentale di una certa immagine corporea, pre-adolescenziale, talvolta infantile, comunque bloccata nel suo crescere verso la maturità. Si comprende in quest'ottica come anche la rappresentazione delle relazioni negative (per esempio con la madre), debilitanti il proprio potenziale di crescita, possano inibire l'attività ipotalamica con evidenti conseguenze sul sistema endocrino. Si comprende ancora il ruolo negativo dei modelli culturali di perfezione corporea (attrici, personaggi televisivi, fotomodelle) che inducono confronti immaginativi improponibili per molte giovani con effetti inibitori sulla competizione sessuale sia femminile che maschile.

Osservando la figura si nota come la costruzione dell'immagine corporea avvenga non solo grazie a dati provenienti dalla periferia (in particolare l'attività muscolare) ma anche grazie a diversi schemi di esperienze, rispecchiamenti, aspettative, relazioni. L'integrazione di tutto ciò consente all'immagine corporea di avere un ruolo ponte tra la corticalità del pensarsi e la fenomenologia dell'esserci.

Da un lato riceve informazioni dall'attività motoria, dall'altro esercita un'azione di controllo sull'attività motoria stessa.

Lega, come si è detto, in modo circolare le afferenze e le efferenze. Tutto ciò dà luogo ad un nucleo funzionale e dinamico di identità inteso come corrispondenza tra immagine a livello encefalico e modalità di realizzare questa immagine grazie all'attività periferica, corporea, che diventa modo di atteggiarsi e configurazione espressiva.

Molto in sintesi, se si condivide questo modello circolare si può intuire come lavorando sulle posture si possano modificare sia patologie che aspetti dell'identità.

E' universalmente noto che nei disturbi dell'alimentazione le tematiche dell'oralità si intrecciano fortemente con quelle dell'immaginario corporeo e con i conflitti relativi alle figure parentali ed alla maturazione psico-sessuale.

Secondo Ruggieri è possibile leggere anche nella mimica facciale (oltre che nelle posture) la presenza di emozioni o schemi istintivo-relazionali derivanti dai conflitti tipici della propria esperienza esistenziale.

Un rispecchiamento adeguato da parte del terapeuta può rendere la persona consapevole della sua fenomenologia corporea e capace di correggerla.

Attualmente la formazione psicofisiologica della nostra équipe è in fase iniziale e comunque questi aspetti formativi rientrano in un programma di formazione permanente aperta al rinnovamento.

La comunità terapeutica per Disturbi dell'Alimentazione rappresenta un punto di riferimento unico qui in regione, in quanto non vi sono esperienze analoghe. Riteniamo che la conoscenza della nostra esistenza da parte di operatori del settore possa avviare nuove esperienze di collaborazione e di crescita. Riteniamo inoltre che la lunga esperienza con pazienti affetti da eating disorders ci aiuterà a realizzare una comunità sufficientemente aperta e flessibile in cui i modelli alternativi di intervento si affiancano a quelli tradizionali. Sicuramente vogliamo restare lontani dalla visione

utopistica e grandiosa che gli stessi pazienti perfezionisti ed ossessivi auspicerebbero. La comunità è soprattutto una casa dove si cresce attraverso tentativi ed errori, confronto relazionale, rispecchiamenti ed ogni percorso utile al fine di ricostruire l'integrità psico-somatica smarrita.