

Prof. SANIRI

Di chi è questo corpo? Il significato ed il trattamento degli aspetti psicosomatici dei disturbi della condotta alimentare*

KATHRYN J. ZERBE

Summary:

WHOSE BODY IS IT ANYWAY? UNDERSTANDING AND TREATING PSYCHOSOMATIC

ASPECTS OF EATING DISORDERS

Eating disorders can be understood as psychosomatic illness in which the body is pitted against the psyche. The author explores a variety of theoretical principles that aid understanding of the eating disorders and inform treatment interventions. She explains various therapeutic interventions and discusses countertransference difficulties that may hinder work with eating disorder patients. A theoretical understanding of the nature of psychosomatic dissociation in these patients enables treaters to understand why treatment often takes a very long time and is met with strong resistance even as the patient clamors for help.

Riassunto:

I disturbi alimentari si possono considerare una malattia psicosomatica in cui il corpo si oppone alla psiche. L'autrice esplora vari principi teorici che aiutano a capire i disturbi alimentari e a guidare le modalità di trattamento. Vengono illustrate varie strategie terapeutiche e le difficoltà del controtransfert che possono ostacolare il lavoro con i pazienti che soffrono di disturbi alimentari. La comprensione teorica della natura della dissociazione psicosomatica in queste pazienti mette i terapeuti in grado di capire perché spesso il trattamento richieda un tempo così lungo e si incontrano forti resistenze persino quando la paziente chiede ostinatamente aiuto.

Nel trattamento dei disturbi alimentari ascoltiamo frequentemente una protesta da parte delle pazienti bulimiche e anoressiche: "Non voglio che lei si prenda il controllo del mio corpo". Questa affermazione mette i curanti sull'avviso che il paziente, generalmente una donna, con ogni probabilità sperimenterà ogni intervento fisico come invasivo e pericoloso per la sua vacillante autonomia, e farà tutto quello che potrà per resistere agli sforzi del curante. La paziente si scaterà con invettive intervallate con patetici tentativi di prenderlo in giro per poter continuare

*(traduzione di Cristina Giorgio)

a seguire il proprio regime di alimentazione e di trattamento. Perché queste pazienti paradossalmente arrivano a far di tutto per resistere agli sforzi terapeutici anche quando cercano disperatamente aiuto rivolgendosi volontariamente al trattamento psicoterapeutico e ospedaliero?

Le richieste piene di ansia e terrore ed i rifiuti del trattamento sembrano nascere da un blocco dello sviluppo nella fase paranoide-schizoide che si traduce in una esperienza di incombente annientamento del sé in mano ad un oggetto esterno (per esempio il terapeuta), la cui offerta di aiuto viene sperimentata come invasiva. La paziente cerca allora di difendersi ponendo la sua viva angoscia di annullamento nel curante per mezzo della identificazione proiettiva. Questa strategia di difesa induce fino ai disturbi psicosomatici, dal desiderio di lasciare la paziente a se stessa, ai tentativi di imporle la propria volontà ed i propri valori. È molto difficile il contenimento degli intensi affetti legati all'occuparsi del pericolo di vita costituito dai disturbi alimentari. Quindi c'è poco da stupirsi che il curante si rifugi nel nichilismo terapeutico, cioè lasci fare alla paziente quello che vuole. Pochi curanti sopportano il ripetersi delle "schemi maglie terapeutiche" delle pazienti con disturbi alimentari sul tipo di trattamento e sulle cure fisiche necessarie.

Queste lotte controtransferali sono sintomatiche dei conflitti intrapsichici più profondi con cui queste pazienti combattono la loro guerra con il proprio corpo. Nelle conferenze, nelle consultazioni cliniche, negli incontri per la formazione permanente, vengono spesso fatte domande sui sentimenti propri del curante verso la paziente: esse indicano il bisogno del curante di sentirsi ascoltato e compreso nel lavoro con pazienti tanto difficili. Il desiderio di essere riconosciuti per la propria lotta e per la sofferenza che si prova nel momento di blocco di un trattamento molto pericoloso, è perciò un problema centrale sia per la paziente che per il terapeuta.

I curanti si sentono poco apprezzati, perplessi e spesso a lungo disperati, mentre le loro pazienti discutono di nuovo un altro supplemento di calorie, un'altra procedura diagnostica, un'altra ammonizione di guadagnare più peso. Queste domande dimostrano quanto queste pazienti siano in perfetta sintonia con i cambiamenti nella loro cura somatica *esterna* e nella loro condizione fisica mentre rimangono del tutto dimentiche degli stati *interni* del loro soma che richiederebbe una tale attenzione. Esse arrivano spesso periodicamente vicine alla morte e qualche volta muoiono - e per tutto il tempo insistono che stanno invece prendendosi una adeguata e addirittura meticolosa cura del loro corpo. Sperano così di evitare sfide o critiche anche dal più esperto e disponibile dei clinici. Se un clinico invece sceglie di metterle di fronte al loro disturbo alimentare, lo sentono immediatamente come loro nemico e si lanciano in una discussione violenta per farlo

recedere. Accusano i membri dello staff di essere troppo controllanti, autoritari o cattivi; in questo modo le pazienti tentano di dimostrare a se stesse ed alle persone significative nelle loro vite - incluso, ma non esclusivamente, il terapeuta - che il loro corpo è veramente loro e di nessun altro.

Il controllo del corpo è un conflitto di un'importanza così cardinale per queste pazienti che possono riuscire ad ingannare persino un terapeuta esperto della loro cura. I medici e gli psichiatri frequentemente sbagliano la diagnosi (Zerbe, 1992) oppure non riescono a capire quanto la paziente sia disposta a fare per evitare di riconoscere la propria difficoltà. Per esempio un internista, la cui pratica professionale comportava una valutazione complessa dei pazienti affetti da disturbi alimentari, persistette per numerosi anni a credere che le sue pazienti avrebbero guadagnato peso o avrebbero smesso di vomitare quando gli dicevano che lo avrebbero fatto. Non era un medico ingenuo e nonostante la gestione di numerosi casi inevitabilmente falliti le sue pazienti lo convincevano spesso di essere in grado di bloccare a loro piacimento il loro disturbo alimentare. Queste pazienti erano in grado di proiettare nel medico la loro sincera convinzione (più precisamente, una relazione oggettiva interna capace di auto-cura) di poter a volontà bloccare il disturbo alimentare.

Queste pazienti non erano né manipolative né furbe, anche se si può sospettare che lo fossero. Piuttosto il loro comportamento manifesto rappresentava una scissione nel loro mondo oggettuale interno. Una parte del sé lottava per prendersi cura di sé, avendo internalizzato una relazione oggettuale parziale con una figura materna capace anche se incoerente per quanto riguarda la nutrizione. Un'altra parte del sé contrastava il miglioramento fisico a causa della interiorizzazione di una relazione oggettuale parziale punitiva, traumatica e sostanzialmente indisponibile. Queste pazienti esprimevano questa relazione oggettuale interiorizzata opponendosi a tutti i tentativi di risolvere il disturbo alimentare, nonostante gli sforzi dell'internista e la struttura contenitiva della équipe ospedaliera multidisciplinare.

Un altro paradosso che colpisce i curanti interessati a questa specialità è l'amalgama complesso e vario dei disturbi psicofisiologici che affliggono le pazienti anoressiche e bulimiche. Queste pazienti rifiutano la cura del corpo per quanto riguarda il disturbo alimentare e persistono nel digiunare, nell'abbuffarsi e nel vomitare nonostante vengano informate degli effetti fisici pericolosi di tali atti ma contemporaneamente si lamentano di ogni tipo di dolore e malesseri (Battegay, 1991) e richiedono ai loro medici consulti con altri specialisti per ottenere delle ipotesi elaborate che ovviamente spostano l'attenzione dagli aspetti psichiatrici della loro cura. Una ricerca sulle richieste di consulti medici al C.F. Menninger

Memorial Hospital ha rivelato che l'Unità per i Disturbi Alimentari aveva tre volte più consulti con le altre specialità nella locale comunità medica di quanto ne avevano tutte le altre unità psichiatriche generali e specialistiche messe insieme. Questi dati sono confermati da chi lavora in questo campo. La osservazione della natura polisintomatica e somatizzante delle pazienti con disturbi alimentari, ha portato all'ipotesi che in una alta percentuale esse possano essere state sessualmente abusate perché ciò comporta anche un'alta prevalenza di disturbi psicofisiologici (Loewenstein, 1990; Zerbe, 1992).

Ancora più importante, la varietà e l'intrattabilità dei disturbi somatici può far perdere la testa al clinico che spera con queste pazienti di lavorare nello spazio simbolico delle parole e dei significati (Mc Dougal, 1978/1980, 1989). La loro intrattabilità nella sfera verbale ci impone di tentare di impegnarle in modi diversi dalla sola terapia verbale.

Considerazioni teoriche

La comprensione della particolare dissociazione tra psiche e soma nelle pazienti con disturbi della condotta alimentare può aiutare i terapeuti: 1) a sviluppare una struttura teorica per spiegare la natura enigmatica di questa scissione psicossomatica e 2) utilizzare questa comprensione nella pratica per impostare il loro trattamento psicologico. Come altri disturbi, anche quelli della condotta alimentare sono multideterminati. Non c'è un singolo modello o approccio teorico (per esempio, la focalizzazione sulla somatizzazione) che possa fornire una spiegazione totale e completa, però la loro comprensione e il loro trattamento vengono particolarmente chiariti pensandoli come disturbi primariamente psicossomatici, basati su una radicale separazione della mente dal corpo. Questa dicotomia spinge la paziente a cercare una "autocura" concentrando l'attenzione su una miriade di sintomi non legati al disturbo alimentare che si verificano nel loro corpo. Nella speranza di trovare una alterazione fisica in un particolare apparato del corpo, ella tenta di prendersi cura di se stessa e di esprimere un dolore emotivo in termini di sofferenza fisica. Nel frattempo il disturbo alimentare diviene il suo modo più importante per punire contemporaneamente il suo corpo e negarsi il nutrimento sia emotivo che fisico. Nello stadio attivo del disturbo alimentare, quindi, si può dire che ella abbia una relazione sadomasochistica con il proprio corpo.

Nel riferirli ai disturbi della condotta alimentare come malattie psicossomatiche uso il termine *psicossomatico* in senso molto lato. Nella terminologia psichiatrica comune il termine *psicossomatico* o *psicofisiologico* evoca l'idea di ulcera, ipertroidismo, emicrania ed altre malattie in cui il corpo serve come un mezzo

concreto per esprimere un conflitto intrapsichico ed un contrasto emotivo. Generalmente, ma non sempre, un particolare organo o una particolare malattia viene "scelta" dall'individuo per scaricare sentimenti che non possono trovare espressione in parole. Desidero espandere il concetto di malattia psicossomatica ma anche basarmi sul suo uso comune. Il corpo delle pazienti con disturbi della condotta alimentare serve anche, infatti, come un mezzo concreto per esprimere un conflitto; queste pazienti non solo lottano con il loro disturbo alimentare ma, come è già stato notato, hanno anche varie altre malattie fisiche. Ma separano anche la loro mente dal corpo con un tipo particolare di dissociazione; esse possono sviluppare e in effetti sviluppano una relazione sado-masochistica con il corpo che le porta ad impoverire la cura di sé ed a trascurare il corpo.

Questa più ampia concettualizzazione dei disturbi della condotta alimentare come malattie psicossomatiche non solo aiuta la nostra comprensione delle pazienti, ma aumenta anche la comprensione di alcune lotte controtransferali che si verificano di frequente con loro. Per stabilire un rapporto terapeutico con pazienti organizzate in modo così primitivo dobbiamo di necessità entrare nel loro mondo. Questo processo richiede al terapeuta di diventare un contenitore dei bisogni e dei conflitti più primitivi della paziente. Così, in certi momenti il terapeuta potrà sviluppare problemi psicofisiologici per via della identificazione concreta col paziente - vale a dire che il corpo del terapeuta esprime il conflitto della paziente. La paziente tenderà anche ad informare il terapeuta della scissione mente-corpo e della relazione sado-masochistica con il proprio corpo attraverso una analogia proiezione e comunicazione inconscia. I terapeuti possono, dopo il colloquio, sentirsi confusi e frustrati dal disinteresse delle pazienti per il loro corpo (modello della dissociazione), o sentirsi esausti o annoiati dalla litania dei disturbi fisici, dei rifiuti del cibo e degli altri comportamenti autodistruttivi (modello sadomasochistico). Riuscire a renderci conto del perché le pazienti esprimano la loro patologia centrale nei confronti del loro corpo ci aiuta a capire più pienamente le reazioni controtransferali e a cominciare a portare nel dialogo conscio con la paziente quanto fino ad allora è stato espresso solo attraverso il linguaggio del corpo.

Le pazienti in psicoterapia trovano molte ragioni per giustificare la punizione a cui sottomettono ripetutamente il loro corpo. Ne discuterò alcune collegandole agli interventi specifici terapeutici che sono efficaci con questo tipo di pazienti. In particolare, metterò in evidenza come la comprensione recente dei disturbi psicossomatici e degli stati mentali primitivi informi il nostro approccio. Per aiutare a chiarire alcuni dei principali problemi relativi al trattamento, sottolineo i principi della "vulnerabilità psicossomatica" che guidano il lavoro terapeutico quotidiano. Nel far questo, descriverò gli ostacoli nella relazione madre-figlia che si è

ricontrato clinicamente che favoriscono gli arresti di sviluppo e, di conseguenza, i disturbi alimentari.

Nella mia descrizione il ruolo cardinale della madre non mira a individuarla come reale oggetto del trauma eziologico, né ad accusarla di errori e fallimenti al di là delle sue possibilità di controllo. Studi accurati sui genitori di pazienti con disturbi delle condotte alimentari dimostrano la difficoltà di identificare un singolo fattore (ad esempio un genitore) come la causa di un disturbo multideterminato e biopsicosociale. Tuttavia gli studi di queste famiglie rivelano una varietà di distinzioni genitoriali che includono l'inversione del ruolo genitoriale, l'abuso fisico e sessuale e l'abbandono sia percepito che reale, per dirne solo alcuni. Le relazioni primarie vengono esplorate nel trattamento non per creare un clima di missione legalistica alla ricerca di fatti che colpevolizzino i genitori, ma per ottenere una più completa comprensione dei ricordi della paziente e delle sue percezioni del mondo. Di certo i terapeuti sentono le pazienti parlare dei fallimenti sia reali che ipotetici delle loro figure genitoriali.

Ognuno di noi costruisce un'immagine interna della nostra relazione con le figure genitoriali che ci segue per tutta la vita. Questa relazione molto probabilmente deriva da interpretazioni altamente individuali degli eventi reali nutrite dalle nostre elaborazioni fantasastiche e dalla imperfezione dei sistemi di memoria. Per le pazienti affette da disturbi delle condotte alimentari, questi paradigmi della relazione primaria tra bambino e figura materna vengono interiorizzati a volte in modo molto concreto e ricordati nella migliore delle ipotesi come deludenti e nella peggiore come maltrattamenti e cattiverie. Il mio scopo non è la ricerca di un resoconto storico accurato degli eventi avvenuti nella vita dei pazienti, che sarebbe impossibile ma la elaborazione di una metafora utile e riassuntiva che fornisca una base concettuale per dare forma agli interventi interpretativi e alle manovre comportamentali che vengono usate nel trattamento di questi disturbi.

Numerosi principi teorici si applicano sia ai disturbi delle condotte alimentari che alle malattie psicosomatiche e io li collegherò agli specifici compiti terapeutici. In particolare mostrerò come i disturbi delle condotte alimentari al pari dei disturbi psicosomatici siano manifestazioni di stati mentali primitivi. Le comunicazioni da parte delle pazienti riflettono un modo molto arcaico di funzionare e conseguentemente le tecniche di trattamento devono essere adattate per rivolgersi a questi deficit di sviluppo e bisogni primitivi.

1) La persona con disturbi delle condotte alimentari sperimenta se stessa e il suo corpo come "due entità distinte invece che una unità psicosomatica" (Sacksteder, 1989, p. 367). Molti di noi danno per scontato di "possedere il proprio corpo" intendendo con ciò di prenderci ragionevolmente buona cura fisica di esso e di sentire il nostro corpo e la nostra mente come un tutto unico. Quando la relazione

fra psiche e corpo si rompe come nel caso dei disturbi delle condotte alimentari ne deriva un intenso odio del corpo. La paziente ha vergogna ed imbarazzo del suo corpo fino al punto di credere in modo delirante di "poter far digiunare a morte il soma ma di far sopravvivere la psiche" (p. 367). La paziente sperimenta il suo corpo come un oggetto persecutorio che ella nondimeno cercherà di unificare con le parti di se stessa non persecutorie. Il Sé "di per sé cerca la riunificazione per una sottostante consapevolezza della connessione tra tutti gli ego scissi" (Grostein, in stampa).

2) L'odio intenso del corpo si sviluppa a causa di una relazione altamente patologica con la figura materna. Il lavoro svolto con giovani predisposti a varie patologie psicosomatiche (per esempio insonnia, bronchite cronica, malattie infiammatorie dell'intestino) ha dimostrato ripetutamente come la madre non sia in grado di fornire al suo bambino lo spazio psichico o involucro su cui sostenersi. L'autonomia personale viene così ostacolata e di conseguenza la madre e il bambino rimangono fusi in un legame altamente patologico con il bambino che soddisfa molti bisogni della madre di cura, calore e attaccamento.

Chiaramente si deve ipotizzare che sia avvenuta una rottura coniugale, sia per un evento concreto come un divorzio o una separazione o per un ancora più pericoloso distacco emotivo del padre che è fisicamente ma non psicologicamente disponibile ad aiutare e sostenere la madre. La futura paziente con disturbi delle condotte alimentari si sente totalmente responsabile dei bisogni della madre e controllata da essi. Ogni inizio di autonomia da parte della bambina viene percepito dalla madre come una grave minaccia ed ella usa in modo "tossicomaniaco" la bambina per svolgere "la funzione di un oggetto tossicomaniaco" (Mc Dougal, 1978/1980, p. 366). Si può dire che la bambina venga depersonificata, vale a dire che la sua identità come persona con i suoi diritti non è stata presa in considerazione dal genitore che ha usurpato il figlio per soddisfare i suoi bisogni cruciali (Rinsley, 1980). Nessuna meraviglia che la paziente con disturbi delle condotte alimentari non sperimenta mai il corpo come proprio. Esso è costantemente, anche se inconsciamente, messo agli ordini della madre per la sopravvivenza psichica della madre stessa.

3) Questi estesi fallimenti della sintonia, lasciano la bambina incapace di ascoltare gli stimoli interni del proprio corpo. Inoltre, la bambina crede di non poter vivere la propria vita senza distruggere la mamma. Poiché la madre è stata incapace di "decodificare" gli stimoli fisiologici e psicologici per la bambina in un modo appropriato all'età, la futura paziente con disturbi delle condotte alimentari non sviluppa la capacità di riconoscere i segnali interni che la maggior parte di noi danno per scontati.

Allo stesso modo queste pazienti, nonostante l'alta intelligenza e una impressio-

nante abilità verbale in altri campi, mancano della capacità di esprimere le loro emozioni in parole. Fenomenologicamente, vengono definite alesitimiche. Psicodinamicamente, sono incapaci di descrivere sentimenti o fantasie in qualsiasi grado, come se ne fossero state derubate. Il loro mondo interno è gravemente impoverito ed il materiale verbale manifestato nelle ore del trattamento sembra mancare di un fondamento umano di base, e dà una impressione di piattezza, concretezza, banalità.

Parte della difficoltà può nascere dal bisogno della madre di possedere la bambina anima e corpo, un fenomeno che si manifesta come una forma di "controllo della mente". La mamma, preoccupata di soddisfare i propri bisogni attraverso la bambina invece di estendere le sue capacità di ricevere i segnali della bambina, interpreta male i suoi segnali di affetto più basilari (Ogden 1989; Rickles, 1986). Così, queste bambine lottano per sapere chi sono e come si sentono a un livello fondamentale. Senza il primo "traduttore" dei bisogni di necessità di base - una madre partecipe - esse non acquisiscono mai il linguaggio per esprimere i propri sentimenti. Sono prive del repertorio cognitivo delle espressioni affettive per comunicare perfino gli stati emotivi umani rudimentali.

4) La bambina sentirà l'ineluttabile spinta a crescere e svilupparsi nonostante il bisogno "tossicomano" della madre. Questa spinta mette la bambina in una posizione precaria. Per prima cosa, ella sperimenterà spinte innate verso la separazione e l'individuazione senza però le capacità di base generalmente acquisite nello sviluppo normale. Si può dire, in altre parole, che ella soffre di una privazione dello sviluppo. In secondo luogo, i primi passi che ella intraprende per allontanarsi dalla madre, scateneranno un conflitto insolubile fra di loro, confrontando la bambina con una miriade di "soluzioni" insoddisfacenti che riflettono la difficoltà sia della madre che della bambina a lasciare ognuna che l'altra vada per la propria strada. Uno scenario che risulta da uno sviluppo così deviato, è che il corpo della bambina viene identificato con la madre, mentre la psiche della bambina rimane decisamente "il mio spazio".

La paziente con disturbi delle condotte alimentari tenterà di affamare il suo corpo come un modo per uccidere l'oggetto materno dal quale desidera emanciparsi. Le sembra l'unica sua via per la libertà. Per essere se stessa, deve distaccarsi della "madre interna". La paziente inconsciamente crede che questa strategia favorirà la sua salvezza psicologica. Non c'è da sorprendersi che molte pazienti sul punto di morire di fame, affermino non solo di essere completamente sane, ma anche di sentirsi meglio di quanto si siano mai sentite in tutta la loro vita. Affamando la madre interna, la loro psiche ha finalmente conquistato una prima autonomia da lei. Più esse affamano e puniscono il corpo, più si sentono liberate da questo oggetto

interno persecutorio. Questa relazione sadomasochistica con il corpo punisce la madre interna per la sua precedente trascuratezza, abbandono e incapacità di amare la bambina in modo incondizionato.

5) L'esperienza delle pazienti con disturbi delle condotte alimentari è spesso dominata dalla sensorialità, quella che Ogden (1989) ha chiamato la posizione autistico-contigua. Esse rimangono in un mondo psicologico di superfici corporee per paura di "sprofondare e cadere in uno spazio infinito e senza forma" (p. 39). Terrorizzate dalla possibile rottura della loro superficie corporea, farebbero qualunque cosa per acquisire una "seconda pelle". La loro richiesta di test diagnostici, il loro genuino bisogno di cure fisiche nella forma di alimentazione per sonda e di contenimento fisico, le loro richieste di essere fisicamente sostenute e calmate dai terapeuti, nascono dalla loro tendenza a collassare verso il polo autistico-contiguo dell'esperienza. Gli interventi terapeutici che mirano a fornire e incoraggiare la cura di sé sono rivolti in gran parte al bisogno di sviluppare una "seconda pelle" nella quale queste pazienti possano sperimentare il contenuto del loro corpo come meno tirannico.

6) Il precoce fallimento nella relazione madre-bambino provoca anche l'incomprensione da parte della persona di certi stati primari interni. Ogden (1989) descrive la difficoltà con cui le pazienti sperimentano l'appetito, i sentimenti sessuali e il desiderio di apprendere e di lavorare, come un "disturbo del riconoscimento del desiderio". Queste pazienti spesso si sentono psicologicamente morte, così manifestano nel "tentativo di creare la sensazione di fame" (p. 214). Il trattamento comincia cercando di aiutare la paziente ad erigere una barriera di protezione verso gli stimoli e fornendo una disponibilità emotiva che permette di nominare correttamente gli affetti e dare loro una rappresentazione significativa e corretta. Questa strategia che dà alla paziente la sintomia che non ha avuto nello sviluppo, è una risposta empatica al suo bisogno di essere compresa per quella che è e non per i desideri o le percezioni errate della madre (Battegay, 1991; Swift e Letven, 1984).

Implicazioni terapeutiche

L'inquadramento dei disturbi delle condotte alimentari come disturbo psicosomatico ha numerose implicazioni per il trattamento. Ogni punto enumerato prima suggerisce dei passi pratici per aiutare la paziente a superare il suo disturbo alimentare e per spingerla verso un più integrato senso del suo corpo.

Descriverò alcuni principi terapeutici basati sulle teorie prima presentate per sostenere la crescita *graduale* delle capacità dell'io che sono assenti o deboli nella

anoressia e bulimia. In particolare, essi si rivolgono al sé masochista, ai difetti dell'Io e alle insufficienti relazioni oggettuali delle pazienti in modo da rafforzare lo sviluppo della cura di sé, relazioni oggettuali meno distruttive e la capacità di esprimere verbalmente la varietà dei sentimenti. L'acquisizione di queste nuove funzioni permette alle pazienti di collegare i fenomeni interpersonali ed affettivi che prima venivano deviatati verso il linguaggio del corpo.

Date le interferenze nello sviluppo estremamente precoci che questi disturbi comportano, il terapeuta deve muoversi lentamente d'accordo con le pazienti. Apprendere il linguaggio dei sentimenti e padroneggiare la struttura di base delle relazioni umane richiede tempo, che nemmeno l'apprendimento della propria madre lingua avviene in una notte. Sollecitare la paziente con una serie di aspettative comportamentali precipitose con un programma pacchetto di breve termine rinvia la violenza psichica subita dalla paziente, l'esperienza di non essere ascoltata o accettata per quello che era o per quello di cui nella sua unicità in quel momento aveva bisogno.

Proprio per queste ragioni molte pazienti con disturbi delle condotte alimentari sfideranno le limitazioni di tempo imposte al loro trattamento dai terzi paganti. Esse sono incapaci di padroneggiare, in modo rapido i processi basici che si sono male sviluppati. Inoltre l'imposizione di limiti di tempo da parte di un impersonale altro aumenterà il desiderio della paziente di controllare il proprio corpo con ogni mezzo possibile. Ancora una volta ella sente che gli altri e non se stessa possiedono il suo corpo. Meglio morire con la fantasia intatta della sovranità corporea che sentirsi costrette a seguire le decisioni altrui. La sottomissione forzata a qualsiasi persona o sistema è sempre equiparabile inconsciamente alla morte psichica - un destino assai peggiore della morte del corpo. Nonostante ciò, i terapeuti devono assumere un atteggiamento fermo di fronte al pericolo di vita che accompagna questi disturbi. Le strategie terapeutiche che seguono offrono alcuni suggerimenti pratici basati sui principi teorici che ho enumerato.

Sviluppare una nuova voce

Poiché la paziente con disturbi delle condotte alimentari non possiede ancora la capacità di esprimere le sue emozioni in parole, i terapeuti devono per prima cosa aiutarla ad apprendere un nuovo linguaggio o "menu" di stati d'animo. Un duplice approccio è essenziale per aiutare la paziente a divenire consapevole dei propri sentimenti. I due principi del trattamento si basano su: 1) l'apprendimento strutturato della natura, varietà, descrizione, intensità dei diversi sentimenti e 2) la sintonia

con cui tutti i curanti aiutano la paziente a ordinare e dare un nome a tutti i sentimenti che prova. Entrambe le strategie di intervento mirano a porre rimedio al deficit dei pazienti che non hanno sviluppato la capacità cognitiva, né la comprensione di sé per collegare le sensazioni corporee e il dolore psichico con parole simboliche.

Nel Programma per i Disturbi delle Condotte Alimentari del C.F. Menninger Memorial Hospital la *art therapy* viene spesso utilizzata come primo ponte per dare un nome e comprendere i sentimenti. Questa attività viene svolta insieme ad altre già sperimentate come gli incontri di gruppo e individuali ma sembra avere un proprio valore di aiuto nell'inizio del processo terapeutico con persone emotivamente bloccate.

I collage fatti ritagliando e incollando sulla carta parole e frasi descrittive e la descrizione quindi del risultato ottenuto possono essere il primo tentativo della paziente di costruire un mondo simbolico. L'*art therapist* psicodinamicamente informato e psicologicamente sensibile aiuta a "tradurre" i messaggi più basici e impellenti che derivano da queste comunicazioni.

Per esempio una paziente molto autodistruttiva batteva spesso la testa contro il muro e di nascosto portava nella stanza oggetti con cui poteva ferirsi. Man mano che il suo disturbo alimentare venne messo sotto controllo dall'ambiente molto strutturato dell'ospedale, ella divenne intensamente autolesionista. Noi capimmo il suo agito in parte come ritiro sulla posizione autistico-contigua; ella stava cercando di sentire vivo il suo corpo perché viveva il controllo del disturbo alimentare come una specie di morte. Questo la terrorizzava ed ella agiva il primitivo legame oggettuale con la madre nel transfert verso i terapeuti. Ella sfidava lo staff respingendo i nostri interventi e trovando un modo primitivo di stabilire un contatto con il suo corpo, sbattendolo contro il muro e tagliandosi. Mostrava così allo staff ed a sé stessa di avere un suo corpo; i ripetuti traumi alla pelle le provavano di non star cadendo in pezzi o perdendo la propria identità man mano che la sua strategia bulimica di sopravvivenza veniva contenuta. Ma queste interpretazioni non potevano essere date verbalmente per la sua mancanza di sofisticazione cognitiva e psicologica.

Durante l'*art therapy* incollò l'immagine di un bambino africano affamato vicino a una serie di parole molto evocative e collegò le immagini e le parole con strisce di colori vivi. L'*art therapist* notò come questa paziente capace (prima del trattamento era stata una amministratrice di successo) si sentiva dentro come un bambino arrabbiato ed affamato. Allora la terapeuta la incoraggiò ad esprimere la rabbia e gli altri sentimenti di frustrazione ed abbandono, facendo altri collage ed usando altri mezzi in classe. L'*art therapist* poi informò il *team* ospedaliero dei conflitti di base che sembravano stare emergendo. Il piano terapeutico incoraggiava

i membri dello staff di ogni disciplina ad aiutare la paziente a collegare i sentimenti più basilari da un'area di trattamento agli altri suoi aspetti, in questo modo aiutandola a fare esperienza di sé mentre sviluppava un nuovo vocabolario. Nei vari gruppi psicoeducativi la paziente veniva sostenuta per il rischio assunto con gli altri man mano che riconosceva i suoi sentimenti (e quindi se stessa) contribuendo così al miglioramento delle sue relazioni oggettuali.

La tendenza a mantenere separati i comportamenti alimentari, le sensazioni corporee e le emozioni sottostanti deve essere continuamente discussa dal terapeuta. I membri dello staff clinico invariabilmente si scontrano con tanta rabbia ed un'esplosione di transfert negativo quando affrontano direttamente il problema. Tuttavia, il successo della cura richiede di correre il rischio di provocare l'ira della paziente mettendo in evidenza ripetutamente la connessione fra stati apparentemente lontani tra loro. La tolleranza del terapeuta verso le forti emozioni non soltanto fornisce alla paziente un modello di identificazione ma la aiuta anche a definirsi come persona separata e individuata. L'interpretazione accurata delle complesse esperienze affettive della paziente, le fornisce anche il senso di essere ancorata dentro il proprio corpo e dentro il mondo. Le percezioni spagliate vengono sostituite dai commenti empatici dell'esperienza fatti al momento giusto e con giudizio, incluse le sensazioni corporee e il dolore fisico.

Per esempio, una grave paziente anoressica aveva cominciato a fare significativi progressi nel trattamento ospedaliero. Dopo mesi di lotte con lo staff sulla struttura del trattamento, aveva finalmente cominciato a guadagnare peso e a coinvolgersi nelle attività della cura e nel processo terapeutico. Nel suo progresso avvenne una non inattesa regressione ed ella perse alcuni chili rispetto al suo obiettivo di peso. Come risultato le venne negato un permesso di uscita anticipato. Ella sviluppò immediatamente una grave emicrania. Non espresse direttamente alcuna rabbia verso l'oggetto della frustrazione, cioè il suo terapeuta ospedaliero. Solo i ripetuti tentativi di collegare le sensazioni corporee del mal di testa al probabile "grilletto emozionale" del rifiuto del permesso permisero alla paziente di tollerare quei sentimenti umani in precedenza intollerabili ed inesprimibili.

Questa paziente aveva anche una tendenza a somatizzare in altre parti del corpo, una evenienza comune fra le pazienti anoressiche (Boast, Coker e Wakeling, 1992; Patton, Wood e Johnson-Sabine, 1986). Insegnare alla paziente la normalità di certi sentimenti detestati e quindi negati e incoraggiarla a sviluppare un repertorio di sentimenti scrivendoli in un diario, furono i primi sforzi che facilitarono la sua integrazione psicosomatica. Nella biblioterapia (cioè leggere passi letterari con il compito di scrivere e di commentare ogni emozione espressa), i terapeuti la invitarono ad elencare in una tabella i sentimenti che ella incontrava. Nel corso di

tutto il trattamento venne data molta importanza ai tentativi di collegare la preoccupazione fisica con i precursori emotivi che si potevano ipotizzare. I processi concreti di pensiero richiedevano domande semplici. Quando era cominciato il dolore? Che cosa era accaduto prima che il dolore cominciasse? Come si sente ora? Questi interventi portarono ad un graduale miglioramento nella capacità di autoregolazione della paziente nel corso del trattamento che durò trenta mesi.

Il miglioramento della capacità della paziente di sperimentare ed esprimere le emozioni in maniera appropriata andò di pari passo con un miglioramento nel suo mondo oggettuale interno. Man mano che l'holding dello staff terapeutico conteneva e trasformava le sue primitive sensazioni corporee ed ansie in parole e frasi dicibili, ella progredì dalle intense oscillazioni fra le posizioni autistica-contigua e paranoide-schizoide verso la posizione depressiva con una più stabile rappresentazione di sé. Si può ipotizzare che la sua capacità autoregolativa e quindi il controllo sul disturbo alimentare venne facilitata dalla introiezione della capacità di regolazione della relazione terapeutica.

In teoria, le reazioni somatiche e il disturbo alimentare in questo contesto possono essere concettualizzate come quella "isteria arcaica" che, secondo McDougall, rimane come una specie di *enclave*, una parte oscura e disturbata della psiche" (Intervista, 1992). Identificando sistematicamente le emozioni e offrendo ipotesi più probabili sui motivi del disturbo fisico, il terapeuta permette alla paziente di uscire fuori da questa *enclave* per entrare in uno spazio psichico più chiaro ed illuminato. Non in modo inatteso, queste pazienti spesso esclamano: "Sento di stare finalmente provando i miei sentimenti - e il mio corpo - per la prima volta nella mia vita". Allora il gran peso di una massa sconosciuta di sentimenti viene gradualmente rimosso e il duro lavoro del terapeuta che ha dovuto assorbire molta della rabbia ed insicurezza della paziente viene finalmente ricompensato.

Sostenere lo sviluppo della cura di sé

Quando la figura materna è più presa dal soddisfacimento dei suoi bisogni che di quelli del bambino, questi non svilupperà pienamente la cura di sé. Le prime figure di identificazione possono anche essere state incapaci di darsi agli altri in modo da soddisfare i bisogni di dipendenza propri all'età. Conseguentemente la futura paziente non internalizza la capacità di prendersi cura di sé o di stabilire una dipendenza matura verso gli altri (per esempio la relazione matura con l'oggetto-Sé di Kohut). Ella deve diventare consapevole di come punisca continuamente il suo corpo con il disturbo alimentare o gli altri disturbi psicofisiologici e di come si allontani dagli altri che potrebbero aiutarla.

Molte pazienti veramente non conoscono il loro corpo e si devono ripetutamente ricordare loro le conseguenze fisiche del disturbo alimentare. La precoce deprivazione le ha lasciate con una lacuna psichica nella cura di sé e quindi nella conoscenza del loro corpo.

La paziente deve sempre essere responsabilizzata per qualsiasi tentativo di evitare la cura del corpo, confrontandola con la realtà di essere adulta e quindi responsabile del suo corpo e di se stessa. Il confronto aiuta anche a eliminare il diniego difensivo. La paziente deve prendere possesso del proprio corpo in un modo nuovo e più sano invece di infliggergli punizioni. Considerare il disturbo alimentare o i disturbi psicosomatici come un tentativo di autocura permette un contatto empatico con la parte del Sé che sta veramente tentando di essere riparativa (Sands, 1991). Questa tecnica porta anche gradualmente la paziente a una maggiore consapevolezza del bisogno di punire il proprio corpo infliggendo dolore ad un genitore interiorizzato ed odiato.

La paziente è naturalmente inconscia della tendenza ad identificare il suo corpo con la figura materna che vuole sfidare e di cui vuole liberarsi con l'autolesionismo corporeo. Il terapeuta può usare interpretazioni come: "Penso che lei veramente cerchi di far fuori (di sbarazzarsi, di gettare via) sua madre quando lei vorita. Ma in questo modo sua madre rimane molto viva dentro di lei. Dobbiamo trovare insieme un modo che le permetta di esprimere i vecchi sentimenti e che aiuti entrambe a rimanere vive in un nuovo modo. Allora, non avrà più bisogno di punirsi così tanto". La paziente è così responsabile dei propri sentimenti e della mancanza di un modo appropriato per esprimerli. Diventa consapevole dei propri deficit nella cura di sé ma le viene anche detto che c'è una ragione molto valida per questo. Quando ella è finalmente capace di cominciare a prendersi cura di sé, compresa la sua alimentazione, si può dire che sia in fase di guarigione.

Lungo la strada, tutti i membri del team curante sono fonti potenziali di nuove identificazioni per la paziente. Coloro che si occupano di queste pazienti sono senza dubbio più in accordo con il proprio corpo ed hanno raggiunto una certa unità psicologica e fisica. Ma una piena integrazione psicosomatica ed il benessere con il proprio corpo è sempre per ognuno di noi più un ideale che la realtà. I terapeuti devono essere in sintonia con le loro potenziali vulnerabilità psicosomatiche ed i conflitti dell'immagine del corpo.

Inoltre, pazienti che passano così tanto tempo prese dal funzionamento del corpo, creano delle intense reazioni nei terapeuti che variano dalla estrema frustrazione all'esaurimento ed a problemi psicosomatici. Ogden (1989) ha profumamente chiamato le prevedibili fluttuazioni negli stadi di sviluppo lungo tutta la vita "il bordo primitivo della esperienza", in questo modo avvisandoci dei vuoti psichici provocati dai disturbi nelle prime fasi della vita umana e che continuano

ad essere affrontati per tutta la vita con difese primitive.

I terapeuti delle pazienti con disturbi della condotta alimentare come quelli che trattano pazienti con altri disturbi psicosomatici, si trovano spesso ad usare modi concreti di pensiero ed a diventare "contentori" della preoccupazione corporea delle loro pazienti. Una spiegazione di questo processo è che la paziente attraverso il meccanismo di identificazione proiettiva è riuscita a mettere la sofferenza e il dolore nel terapeuta. L'apparato corporeo che reagisce è differente per ognuno, ma il meccanismo coinvolto è lo stesso ed indica un ritiro nell'esperienza primitiva (per esempio, la paziente può lamentarsi di disturbi gastrointestinali mentre il terapeuta si sente venire il mal di testa, intense sensazioni di ansia, noia e una regressione a meccanismi autocalmanti come tirarsi i capelli, mordersi le labbra, o muovere senza posa gambe e braccia).

Inoltre, si verificano facilmente identificazioni di prova con l'aspetto e la taglia corporea. In supervisione, un allievo intelligente mi chiese se il lavoro con queste pazienti mi aveva reso più consapevole della mia immagine corporea e della mia taglia. All'inizio mi affrettai a negare la sua interpretazione ma riflettendoci i giorni successivi mi resi conto che da vari mesi avevo iniziato spontaneamente un programma di ginnastica ed un regime dietetico che in precedenza non avevo mai fatto. La spiegazione che desideravo semplicemente un modo di vivere più sano non era corretta. Il lavoro con queste pazienti mi aveva reso più cosciente del mio fisico. L'autoanalisi mi rivelò di essermi inconsciamente identificata con due pazienti che erano completamente concentrate sulla ginnastica e sulla salute come modo per sentirsi "vive". Una terza paziente aveva criticato i membri dello staff che erano in sovrappeso e aveva anche fatto dei commenti sui miei abiti ed atteggiamenti. Mi resi conto che a livello inconscio mi ero sentita attaccata e narcisisticamente ferita. La dieta e la ginnastica erano i miei tentativi per riguadagnare l'autostima dopo questa ferita, ed erano anche sforzi per proteggere il mio corpo da una paziente che "mi era entrata dentro" con il suo confronto. Come era da aspettarsi, la storia evolutiva della paziente era piena di riferimenti a una madre e a uno zio molto critici del suo peso e del suo aspetto. La paziente era riuscita a farmi sentire invasa come lei stessa si era sentita. Le supervisioni ed i consulti con i colleghi mi hanno portato a credere che questo tipo di processo identificativo e di meccanismo proiettivo avviene piuttosto di frequente fra quanti trattano le pazienti con disturbi delle condotte alimentari.

Data l'importanza centrale dell'identificazione nel trattamento dei disturbi psicosomatici, la cura fisica per la paziente da parte di un terapeuta che si preoccupa per lei contrasta i precoci e persistenti messaggi di trascuratezza da parte dei genitori.

Il genitore che ripetutamente ha senza volerlo segnalato alla bambina di non

essere desiderata ma un peso, (Ferenczi, 1929/1955; Winnicott, 1945/1958, 1972) deve trovare un compenso nella relazione terapeutica (Taylor, 1992). Per correggere questi precoci fallimenti i terapeuti devono segnalare alla paziente che non si sta prendendo cura di sé ed anche dirle come deve fare ed insieme devono trasmetterle che non è un peso per loro.

La capacità di comprensione psicologica della paziente va incoraggiata approfondendo la natura dei suoi disturbi fisici, cercando di capire quali abbiano una effettiva base e quali invece siano fittizi. Questa patologia così complessa ha una miriade di implicazioni per i terapeuti e per chi paga il trattamento. Sebbene i terapeuti stessi spesso divengano frustrati e tendano a scaricare queste pazienti "difficili da trattare" ad altri terapeuti o ad altre organizzazioni di cure, chi paga sarà molto difficile che finanzia quello che è uno sforzo terapeutico di lunga durata. Eppure, a lungo termine molte pazienti migliorano. Ma il miglioramento avviene soltanto quando le pazienti hanno minor bisogno di abusare di se stesse sia coscientemente che involontariamente.

Porre i limiti per controllare l'autodistruttività

Una tecnica particolarmente utile con le pazienti con disturbi delle condotte alimentari più resistenti consiste nell'assumere alla occasione il ruolo di madre severa, frustrante e che pone dei limiti. Il terapeuta, utilizzando il concetto di Fairbairn dell'"oggetto abbastanza cattivo" (Rosen 1992) accetta il bisogno delle persone gravemente masochiste di mettere gli altri, specialmente quelli a cui sono più attaccati, nel ruolo dei primi oggetti dell'infanzia. Il bambino sperimenta questi oggetti interiorizzati come cattivi e frustranti. Ma liberarsi di loro significa distruggere l'unica esperienza di rapporto conosciuta. Così la persona si aggrappa agli oggetti cattivi tenacemente perché un oggetto cattivo è meglio di nessun oggetto (Rosen, 1992; vedi anche Fairbairn, 1943/1952; Grotstein, in stampa; Novick e Novick, 1991).

Rosen (1992), sviluppando la precedente teoria di Fairbairn, suggerisce che il bisogno di attaccarsi agli oggetti cattivi può avere un valore di sopravvivenza per la specie nel suo insieme e, di conseguenza, per il paziente singolo che deve odiare di sentire un qualsiasi tipo di legame con i suoi primi oggetti. Rosen notò anche che il trattamento deve informarsi a questo concetto: le persone possono utilizzare una dose "quasi omeopatica" dell'esperienza dell'oggetto cattivo con il loro terapeuta. In altre parole, con ogni probabilità la paziente andrà peggio con il terapeuta che cerca di essere una madre che dà tutto ed è completamente buona. Questo non è solo

un approccio poco realistico ma blocca anche lo sviluppo delle capacità della paziente di una relazione oggettuale sana e ambivalente. Ancor più importante, nel caso delle pazienti con disturbi delle condotte alimentari gravemente masochiste e psicosomatizzanti un approccio buonista non sarà mai credibile perché non corrisponde all'esperienza della paziente. Si deve essere "abbastanza cattivi" per essere credibili per la paziente. Come una volta mi disse una mia paziente dopo che le avevo imposto dei limiti sostanziali al suo comportamento alimentare ed ai suoi discorsi offensivi e provocatori nella terapia di gruppo, "Quando vedo che lei si arrabbia con me, io so che è viva e che si preoccupa. Odio fare quello che lei vuole che io faccia, ma almeno so che non diventerà un essere incapace di reagire" come mia madre".

Così, nel trattamento di disturbi alimentari il saper imporre limiti fermi e la capacità di non farsi raggritare, corrompere o sedurre dalle preghiere di chiudere un occhio sul disturbo alimentare stesso, possono costituire un passo cruciale per aiutare la paziente ad apprendere i modi della autoregolazione. Sebbene la paziente metta alla prova frequentemente il terapeuta sul tipo di patologia alimentare o di altri acting out che saranno tollerati, essa si sentirà sollevata quando un terapeuta prima annuncia e poi impone delle regole di peso. Questi confronti influenzano anche l'integrazione psicosomatica, rafforzando la relazione interpersonale la cui qualità promuove la salute, come è stato recentemente dimostrato (House, Landis e Umberson, 1988). Il terapeuta dovrà avere giudizio, saggezza e coraggio nello stabilire questi limiti.

Questo stile di intervento impiegato da molte scuole diverse nel trattamento dei disturbi alimentari, mira a fornire alla paziente una piccola ma cruciale dose omeopatica di "oggetto cattivo". Le pazienti si sentono in colpa quando credono di stare avendo troppo di buono dai loro terapeuti ed inevitabilmente idealizzano coloro che loro credono posseggano una bontà che a loro manca. L'eccessiva avidità ed invidia vengono combattute quando il terapeuta è cattivo abbastanza da sapere quando deve arrabbiarsi e porre dei limiti alla paziente. Un simile scenario diminuisce la colpa che la paziente sente per aver derubato il terapeuta della troppa bontà e sostiene la crescita man mano che la paziente ridurrà la convinzione che tutto il bene viene da un altro idealizzato.

E forse la cosa più importante, la paziente percepisce che il terapeuta permette alla paziente di mostrare la sua ostilità, ma solo fino ad un certo punto. Il ripetersi degli acting out da parte di qualsiasi paziente viene inevitabilmente sperimentato dal terapeuta come una forma di sabotaggio del trattamento che porta ad una ansia persecutoria se non ad una vera e propria rabbia. Non confrontarsi mai o non affrontare un comportamento regressivo è equivalente all'invito ad una illimitata

sottomissione masochistica da parte del terapeuta. Invece avere un atteggiamento molto fermo nel momento giusto, promuove l'integrazione di psiche e soma per mezzo della identificazione. Diventando l'oggetto abbastanza cattivo il terapeuta rifiuta di reinterpretare la relazione sadomasochistica con la figura materna che ha portato all'inizio alla dissociazione tra psiche e soma.

Conclusioni

I terapeuti possono favorire l'integrazione psicosomatica nelle pazienti con disturbi delle condotte alimentari aiutandole ad apprendere un nuovo linguaggio degli stati emotivi, incoraggiandole a sviluppare la capacità di prendersi legittimamente cura di se e bloccando il loro nucleo masochista ponendo fermi limiti. Con il tempo, queste tecniche danno alle pazienti un'esperienza con il terapeuta che serve sia come un oggetto di identificazione che come contenitore e interprete degli stati emotivi primari. La crescita avviene intorno a due poli di base: 1) la lenta scoperta che i sentimenti possono essere sperimentati in modi diversi dal dolore fisico e 2) la rielaborazione delle relazioni oggettuali interne che porti a sentire il corpo come proprio e quindi liberarsi dal legame più primitivo e simbiotico con l'oggetto interiorizzato.

Quando la paziente scopre che il terapeuta rimane là anche quando emergono sentimenti intensi e dopo che vengono messi alla prova tentativi per una più sana autonomia, allora si può dire che la paziente è sulla strada della guarigione. Il viaggio continuerà ad essere lungo e difficile perché l'integrazione psicosomatica richiede che la paziente sviluppi molte funzioni che non ha precedentemente assimilato dagli oggetti primari. L'acquisizione di un "nuovo linguaggio" di esperienze e di affetti afferma gli aspetti più umani della relazione terapeutica nella quale entrambe i partecipanti crescono nella loro abilità di "esprimere la loro mente" in modi nuovi. Per la paziente, le ore terapeutiche servono come il più fondamentale posto sicuro dove tutte le emozioni e le esperienze incluse quelle corporee possono essere discusse, senza censura o timore di ritorsione. Paradossalmente man mano che le aree più dolorose della vita vengono affrontate in una relazione interdipendente, la paziente prende più pienamente possesso del suo proprio corpo.

Note

1. Nel testo americano *case basket* vale a dire persona che ha perso tutti e quattro gli arti.

Bibliografia

- BATTEGAY, R. (1991). *The hunger diseases*, Lewiston, NY: Hogrefe and Huber.
- BOAST, N.; COKER, E.; WAKELING, A. (1992). Anorexia nervosa of late onset. *British Journal of Psychiatry*, 160, 257-260.
- FAIRBAIN, WRD. (1952). The regression and the return of bad objects (with special reference to the "war neuroses"). In: *Psychoanalytic studies of personality*. London: Routledge and Kegan Paul.
- FERENCZI, S. (1955). The unwelcomed child and his death instinct. In: *Final contributions to the problems and methods of psychoanalysis*. London: Hogarth Press.
- GROTTSTEIN, JS. (in stampa). A reappraisal of WRD Fairbairn. *Bulletin of the Menninger Clinic*.
- HOUSE, JS.; LANDIS, KS.; UMBERSON, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545.
- Intervista con JOYCE McDougall (1992). *Psychoanalytic Dialogues*, 2, 97-115.
- LOEWENSTEIN, RJ. (1990). Somatoform disorders in victims of incest and child abuse. In: RP. Kluff (Ed.) *Incest-related syndromes of adult psychopathology*, Washington, DC: American Psychiatric Press.
- McDOUGALL, J. (1980). *Plea for a measure of abnormality*. New York: International Universities Press.
- McDOUGALL, J. (1989). *Theaters of the body. A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. New York: Norton.
- NOVICK, J.; NOVICK, KK. (1991). Some comments on masochism and the delusion of omnipotence from a developmental perspective. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 307-331.
- OGDEN, TH. (1979). On projective identification. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 357-331.
- OGDEN, TH. (1982). *Projective identification and psychotherapeutic technique*, New York: Aronson.
- OGDEN, TH. (1989). *The primitive edge of experience*, Northvale, NJ: Aronson.
- PATTON, GC.; WOOD, K.; JOHNSON-SABINE, E. (1986). Physical illness: A risk factor in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 149, 756-759.
- RICKLES, WH. (1986). Selfpsychology and somatization: An integration with alexithymia. In: A Goldberg (Ed.) *Progress in self psychology* (Vol. 2, pp. 212-226) New York: Guilford.
- RANSLEY, DB. (1980). *Treatment of the severely disturbed adolescent*. New York: Aronson.
- ROSEN, IC. (1992). *Relational masochism: The search for a "bad-enough" object*.

Manoscritto non pubblicato.

SACKFEDER, JL. (1989). Psychosomatic dissociation and false self development in anorexia nervosa. In: MG Fromm e BL Smith (Eds.) *The facilitating environment. Clinical applications of Winnicott's theory*, Madison, CT: International Universities Press.

SANDS, S. (1991). Bulimia, dissociation, and empathy: A self-psychological view. In: CL Johnson (Ed.) *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford.

SWIFT, WJ.; LETVEN, R. (1984). Bulimia and the basic fault: A psychoanalytic interpretation of the bingeing-vomiting syndrome. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 489-497.

TAYLOR, GJ. (1992). Psychoanalysis and psychosomatics: A new synthesis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 20, 251-275.

WINNICOTT, DW. (1958). Primitive emotional development. In: *Collected papers. Through paediatrics to psychoanalysis*, New York: Basic Books.

WINNICOTT, DW. (1972). Basis for self in body. *International Journal of Child Psychotherapy*, 1, 7-16.

ZERBE, KJ. (1992). Eating disorders in the 1990s: Clinical challenges and treatment implications. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 56, 167-187.

La integrazione di principi femministi e psicodinamici nel trattamento di una paziente con disturbi della condotta alimentare: implicazioni nell'uso delle risposte controtransferali

KATHRYN J. ZERBE

Summary:

INTEGRATING FEMINIST AND PSYCHODYNAMIC PRINCIPLES IN THE TREATMENT OF AN EATING DISORDER PATIENT: IMPLICATIONS FOR USING COUNTERTRANSFERENCE RESPONSES
Patients who struggle with a tenacious eating disorder commonly stir strong countertransference feelings in therapists. The author describes a patient who for a number of years had been unresponsive to traditional treatment interventions for anorexia nervosa and bulimic tendencies. By combining principles derived from psychodynamic treatment and contemporary feminist thought, the therapist was gradually able to help the patient engage in the treatment process. Managing a variety of strong countertransference feelings was instrumental to the process. The author underscores the need for patients to take greater personal responsibility, develop self-critical and self-analytical capacities, learn to embrace contradictions in the self, and disavow the tendency to harbor fantasies of utopia, perfection, and "cure".

Riassunto:

I pazienti che combattono con gravi disturbi alimentari frequentemente sollecitano nei terapisti forti sentimenti di controtransfert. L'autrice descrive una paziente che per molti anni non ha risposto ai tradizionali trattamenti per l'anoressia nervosa e le tendenze bulimiche. Combinando principi derivati dal trattamento psicodinamico e il pensiero femminista contemporaneo, la terapeuta è stata in grado, un po' per volta, di impegnare la paziente nel processo terapeutico. Il trattare una vasta gamma di forti sentimenti controtransferali fu utile al processo. L'autrice sottolinea la necessità per i pazienti di farsi carico di una personale responsabilità, sviluppando l'autocritica e capacità autoanalitiche, imparando a comprendere le contraddizioni del sé, ad abbandonare la tendenza a rifugiarsi in fantasie di utopia, perfezione, e "guarigione".

Barbara gridò che trovava la mia conduzione della seduta di gruppo a cui partecipava in ospedale completamente senza valore e decisamente inutile. Mi aggredì perché avevo messo il gruppo di fronte ad alcuni recenti acting out che

