

Fame di vita

Una storia diagnosticata come anoressia nervosa

*Sara Simonin**

Riassunto. La situazione clinica presentata descrive una storia di anoressia nervosa di tipo restrittivo gestito all'interno di una comunità residenziale specializzata nella cura dei disturbi del comportamento alimentare. Verranno delineati i principali passaggi terapeutici che hanno consentito di ristrutturare i vissuti portati dalla persona e di promuovere costruzioni di significato alternative rispetto a sé stessa, agli altri e al mondo.

Parole chiave: Psicoterapia interazionista; Anoressia nervosa

Abstract. The paper describes a clinical case of restrictive nervous anorexia followed in a residential community specialized in the treatment of eating disorders. The main therapeutic steps that allow to restructure the client's experiences and to promote constructions of alternative meaning about herself, the others and the world will be outlined.

Key words: Interactionist Psychotherapy; Anorexia nervosa

1. Introduzione

Il modello interazionista configura la persona come un sistema di conoscenza impegnato in una continua attività costruttiva della propria realtà e pone particolare attenzione alla matrice relazionale entro cui la persona è immersa. La storia che verrà presentata di seguito è quella di una giovane donna che ha trovato nella restrizione del cibo l'unico modo possibile per relazionarsi con il mondo circostante. Il corpo psicologico e i modi di soffrire in relazione ad esso sono stati letti come esperienze interagenti in modo fluido con le situazioni ed i contesti abitati dalla ragazza. Nel percorso terapeutico, si è posta quindi particolare attenzione alla componente sociale ed interattiva della persona, concependo il corpo solo in quanto "situato" in un contesto.

La prassi operativa è stata proposta sulla base dei processi di significazione e mantenimento messi in atto per costruire l'esperienza come problematica, invitando la ragazza ad assumere un ruolo attivo rispetto ai propri vissuti.

Considerando le importanti implicazioni mediche che questo tipo di situazioni comportano, il trattamento è stato condiviso in collaborazione continuativa tra gli specialisti di area psichiatrica, psicologica e nutrizionale.

* *Psicologa e psicoterapeuta.*

2. Presentazione del caso

All'epoca del primo incontro la giovane frequentava il secondo anno di lingue presso l'ateneo triestino, dove aveva sostenuto con successo i primi esami. Si presentò come una ragazza di grande vivacità intellettuale, molto appassionata di libri e scrittura; il tono dell'umore era basso, dal suo modo di narrarsi si evinceva un senso di inferiorità ed un costante confronto disfunzionale con l'altro. Raccontò che all'inizio della carriera universitaria pesava 64 kg e, confrontandosi con le compagne di appartamento, sentì l'esigenza di perdere qualche chilo modificando le sue abitudini alimentari. Dapprima eliminò alcuni alimenti, poi cominciò a restringere le dosi, a contare le calorie ingerite e ad essere iperattiva al fine di dimagrire sempre di più. Si proponeva di perdere 3/4 kg, ma una volta raggiunto il peso ideale non le bastava e voleva calare ancora: *“Avevo l'ossessione di pesarmi sempre e quando vedevo che andavo giù non dicevo “bene, basta, sono contenta”. No, vedevo che non ero mai contenta, che non ero mai abbastanza contenta e volevo diminuire ancora un po’.”*

Inizialmente la ragazza era concentrata sul peso e i comportamenti messi in atto, essendo funzionali a uno scopo personale, non furono avvertiti come problematici. Quando mesi dopo raggiunse un peso pari a 45,5 kg e la salute andò a compromettere la sua quotidianità, riuscì a verbalizzare per la prima volta il suo disagio e chiese alla madre di contattare il Servizio per i Disturbi del Comportamento Alimentare e del Peso. La sensazione di vivere una vita diversa da quella di amici e coetanei, la difficoltà a condividere i momenti sociali che prevedevano l'assunzione di cibo, il confronto ossessivo del corpo e la convinzione di essere fuori posto, hanno contribuito a generare una condizione di isolamento. Questi aspetti, uniti ad un costante calo ponderale, hanno portato l'equipe di professionisti a decidere di inserire la ragazza in una comunità specializzata.

3. Analisi professionale del problema

La ragazza si presenta con un tono di voce basso, si racconta come “depressa” ed incapace ad esprimere i propri sentimenti. Si descrive utilizzando parole svalutanti. Riferisce di avere una bassa autostima e fatica a verbalizzare i significati attribuiti alla malattia. È preoccupata del giudizio degli altri e riporta l'esigenza di rispondere sempre alle aspettative altrui. Racconta che nel controllo del cibo, inizialmente, ha trovato un modo per silenziare i pensieri che le affollavano la mente rispetto al sentirsi inadeguata in relazione con gli altri. Riuscire a controllare il cibo le dava l'illusione di controllare anche tutti gli altri aspetti di vita.

Le tentate soluzioni¹ messe in atto sono: a) controllo degli alimenti ingeriti rispetto alla quantità e al loro apporto calorico, e quindi controllo del peso corporeo; b) iperattività costante (quotidianamente cammina quattro/cinque chilometri e rimane in piedi la maggior parte della giornata, anche svolgendo attività che normalmente si affrontano da seduti); c) isolamento, interrotta comunicazione con i familiari e chiusura della frequentazione di amici e dell'ambiente universitario.

¹ Una tentata soluzione è una risposta della persona a una difficoltà che però ha l'effetto di mantenerla o esacerbarla, trasformandola in un problema strutturato.

Un ulteriore elemento che si sta strutturando è il fatto di sentirsi inferiore agli altri, sentimento che permea un senso di fallimento e la paura di non rendere i propri genitori orgogliosi di lei. Questo contrasta con quanto riferiscono i genitori, i quali raccontano che la ragazza ha sempre portato a termine con successo e autonomia la carriera scolastica. Ma contrasta anche con l'immagine che dà di sé: la ragazza, infatti, appare molto curata nell'aspetto, determinata nel portare avanti il programma terapeutico e con molte risorse a disposizione.

Le tentate soluzioni adottate dai familiari nell'intento di risolvere il problema sono rappresentate da un controllo costante della quantità di cibo ingerita dalla ragazza con associate esortazioni a mangiare, inserendosi così nel paradosso per il quale più le viene chiesto di mangiare e meno mangia e dalla socializzazione continua del problema in casa, che non lascia spazio ad altri argomenti di condivisione.

Gli obiettivi professionali in funzione dell'analisi precedentemente svolta sono i seguenti: a) interrompere le tentate soluzioni disfunzionali adottate dalla ragazza e dai suoi familiari; b) costruire uno schema di controllo sugli aspetti sintomatici; c) dare un ruolo attivo alla persona che sente di agire per mano della malattia; d) generare occasioni per esperienze relazionali ristrutturanti; e) ampliare le rappresentazioni di sé al fine di decostruire un'immagine di sé svalutante.

4. Metodologia, tattiche e strategie

Nel rispetto della coerenza epistemologica che caratterizza il modello interazionista, si sono proposte prassi operative riferite alla terapia narrativa e a interventi di taglio strategico e orientato alla soluzione. Alcuni metodi sono stati proposti al fine di incidere sullo schema di mantenimento del problema, promuovendo un nuovo modo di raccontarsi e interrompendo le tentate soluzioni disfunzionali messe in atto dalla persona. Altri metodi erano invece funzionali ad ampliare lo schema relativo alla soluzione del problema, moltiplicandone le alternative.

Durante l'intervento terapeutico si sono applicate strategie in base al livello identificato dal terapeuta come suscettibile di modificazione. I processi di mantenimento del problema possono infatti riverberarsi a livello delle narrazioni personali, delle azioni intraprese e delle relazioni (Romaioli, 2011). Le strategie, inoltre, non sono state proposte seguendo rigidi protocolli di intervento, ma sono emerse nella situazione attraverso una responsività spontanea tra terapeuta e cliente (Shotter, 2008). Di seguito verranno evidenziati i principali punti di svolta che hanno consentito di ristrutturare i vissuti portati dalla persona e di promuovere costruzioni alternative di significato rispetto a se stessa, agli altri e al mondo.

L'obiettivo primario è stato quello di creare un'alleanza terapeutica con la ragazza; si è entrati in sintonia con le modalità rappresentazionali e con lo stile comunicativo della persona al fine di indurla ad acquisire fiducia nella relazione e nel percorso terapeutico. I primi colloqui sono stati finalizzati a favorire l'adesione al programma nutrizionale per consentire un progressivo aumento ponderale e di conseguenza essere nelle condizioni psico-fisiche adatte ad iniziare un percorso di psicoterapia. In particolare si sono analizzate le tentate soluzioni disfunzionali e si è condiviso un piano d'intervento volto a

generare uno schema di controllo su sintomi percepiti come incontrollati e a ridare un ruolo attivo alla ragazza, che riferiva di muoversi ed agire per mano della malattia.

In particolare, al termine del colloquio è stato dato il compito di scegliere due precisi momenti della giornata e di muoversi a piacimento per 10 minuti. Terminato il tempo avrebbe dovuto tornare alle attività previste dalla comunità o sceglierne di personali in base alle proprie preferenze.

Al fine di orientare una nuova costruzione di realtà e consentire nuovi spazi di relazione, si è prescritto un silenzio stampa rispetto al problema, ossia di non parlare di temi riguardanti il cibo con i propri cari, con l'obiettivo rompere uno schema di mantenimento del problema stesso. Con il medesimo intento, si è ritenuto opportuno condividere la prescrizione anche con la famiglia durante un incontro ambulatoriale. Le indicazioni sono state seguite sia dalla ragazza che dai familiari e ciò ha fatto in modo che si creassero occasioni nuove di relazione e scoperta: nelle sedute successive riferiranno con stupore di riuscire a condividere momenti di "piacevole dialogo" che non sperimentavano da tempo.

Dalla terza seduta la ragazza riferisce di aver eseguito le prescrizioni così come assegnate e di essere riuscita a "governare il movimento", scegliendo quando e come muoversi. La convinzione di essere mossa come un burattino dalla malattia ha cominciato a perdere potere; questo cambiamento ha permesso alla ragazza di rimanere aderente alle indicazioni fornite dagli operatori e di iniziare ad aumentare di peso.

Al termine di ciascuna seduta si è proposta una sintesi di quanto emerso durante il colloquio al fine di consolidare una nuova coerenza narrativa e dimostrare alla persona che si è prestata molta attenzione a quanto ha deciso di condividere.

Ogni viaggio di mille miglia inizia con un piccolo passo.

Lao Tse

Nella seconda fase della terapia si sono individuati e definiti l'obiettivo generale e alcuni indicatori di cambiamento. La ragazza ha un'anticipazione approssimativa della meta che intende raggiungere, la esprime infatti dicendo "voglio stare bene" e "vorrei aumentare la mia autostima". Si entra nel merito dei significati attribuiti allo stare bene in modo da mettere a fuoco scenari concreti di cambiamento.

La ragazza riferisce che stare bene significherebbe aumentare di peso e migliorare le proprie condizioni di salute al fine di poter proseguire nei suoi obiettivi di vita e riprendere le relazioni con amici e parenti. Attraverso l'induzione di un racconto metaforico la giovane visualizza il percorso evocando l'immagine di una camminata in montagna, attività da lei svolta con passione e si rende conto che possiede le strategie per affrontare anche la situazione temuta, creando un parallelo tra i due ambiti.

L'immagine evocata ha avuto la funzione di farle visualizzare il percorso, paragonandolo a qualcosa che per lei risulta essere familiare e perseguibile. Poiché il problema difficilmente interessa tutti i contesti che la persona abita, il racconto metaforico consente di cercare eccezioni in cui si dimostra competenza e risorse adeguate al superamento della difficoltà, aprendo così a prospettive risolutive e sature di possibilità. Le metafore hanno un valore strutturante rispetto al vissuto personale, grazie alla possibilità di creare nuovi giochi linguistici e, di conseguenza, nuove configurazioni di realtà (Lakoff &

Johnson, 1980). Al termine della seduta è stato quindi chiesto di definire cinque obiettivi settimanali al fine di visualizzare i primi passi da compiere, perseguibili in un futuro imminente.

Questi hanno lo scopo di essere percepiti come piccoli traguardi verso la meta concordata e di predisporre la giovane a cogliere le sottili sfumature del quotidiano che indicano un cambiamento.

La narrazione costituisce il mezzo principale che l'individuo sfrutta per organizzare strutturalmente i significati connessi alla propria esperienza di vita.

Bruner

Avendo individuato nella scrittura la modalità espressiva preferenziale della ragazza, la terapeuta ha utilizzato questo canale per entrare nel merito della sua personale configurazione di malattia. Le ha chiesto di immaginare come vorrebbe essere tra cinque anni e di far scrivere alla "Lei del futuro" una lettera alla "Lei di oggi". Questo per rafforzare gli obiettivi concordati e per far emergere spontaneamente le risorse necessarie al raggiungimento di questi ultimi nel presente.

Attraverso la lettera è stato possibile entrare nel merito dei significati attribuiti alla malattia e del sistema di credenze con cui la ragazza definisce e organizza la sua realtà. Di seguito si riportano le parti ritenute più salienti ai fini psicoterapeutici.

"Voglio vivamente che tu sappia che l'intelligenza per affrontare le cose ce l'hai, è parte rilevante del tuo bagaglio; ... avevo trovato nell'anoressia il modo per non sentire più quell'allarme, riversando tutti i miei pensieri esclusivamente sul cibo, costruendomi così da sola la mia gabbia. Avevo deciso di arrestare il tempo, congelando le ore, i minuti, i secondi: ero intrappolata nel mio mondo...mondo che consideravo perfetto. Non vedevo cosa c'era fuori, ma almeno sapevo con certezza che, chiusa lì dentro, non sarebbe accaduto nulla e che avrei saputo controllare facilmente ogni cosa."

Oggi riconosce che il controllo del cibo non è una soluzione funzionale al suo benessere e attraverso il linguaggio metaforico apre lo spazio ad una soluzione alternativa. "...c'è tanto, tanto caos... è come se avessi riposto tutto in un grande cassetto, sparpagliando e mescolando qualsiasi cosa l'una con l'altra. La soluzione, tuttavia, c'è...essa consiste nell'aver il coraggio di aprire quel cassetto tremendamente incasinato e ricreare il giusto ordine. Lo so...non è facile... ci vuole molta, molta pazienza. Tutto ciò che è di nostra volontà è possibile...quindi reagisci, allenati, combatti e conquista questa vittoria."

Il confronto tra il suo modello di vita (università, relazioni sociali e peso) e la realtà ha generato una condizione di sofferenza personale molto intensa; a fronte di questa difficoltà, la giovane si è rifugiata nel controllo del corpo, del peso e della fame, che sono diventati il contesto nel quale mettere alla prova le proprie capacità.

Nell'anoressia dice di aver trovato il modo di silenziare i pensieri angosciosi e attraverso un costante e meticoloso controllo del cibo aveva la sensazione di riuscire a controllare anche gli altri aspetti della sua vita. I resoconti raccolti hanno permesso di mettere a

fuoco le teorie della persona in merito alla difficoltà incontrata e le strategie utilizzate per affrontarla.

L'obiettivo del terapeuta è stato quello di portare la ragazza a riscrivere la storia del problema entro un campo discorsivo che ne sposta i limiti conoscitivi e ne amplia le possibilità di cambiamento (White, 2007).

*Verso il cambiamento:
Mentre perseguiamo l'irraggiungibile,
rendiamo impossibile l'attuabile.
R. Ardrey*

Nella seduta successiva si riprende la soluzione individuata dalla ragazza ed utilizzando le sue metafore viene invitata a lasciar parlare i pensieri che attraverso l'anoressia cercava di silenziare e che creavano il caos nel cassetto. Le viene chiesto di svuotarlo metaforicamente sul tavolo e di visualizzarne il contenuto.

Al fine di tenere il discorso centrato sulla soluzione la terapeuta le propone quanto segue²:

T: Prendiamo una scala da 0 a 10, immagina che 10 è quando hai raggiunto il massimo della tua autostima, hai raggiunto tutti i tuoi obiettivi in modo talmente soddisfacente che possiamo considerarla come una meta utopica, un punto idilliaco che non raggiungeremo mai perché nemmeno un supereroe potrebbe farlo. Però immagina il 10, lo vedi?

C: Sì, per me 10 è essere una persona completa, che è riuscita a raggiungere tutti i suoi obiettivi con buoni risultati nello studio, nel lavoro e che si piace.

T: Bene, sulla base di questa meta utopica dove si colloca C. oggi?

C: A 2.

T: Mi fai capire bene in cosa consiste il 2?

C: Oggi non ho un equilibrio, vedo che per andare bene deve andare tutto bene. Oggi non riesco a vedere il raggiungimento di piccoli obiettivi. Sono a 2 e non a 0 perché ho iniziato il percorso qui dentro e vedo che sta andando bene. Sono migliorata nel movimento e nella gestione dell'assunzione dei liquidi e dell'olio.

T: Bene, quali possono essere i passi che da 2 ti farebbero dire di essere arrivata a 3?

C: Evitare l'isolamento e iniziare a relazionarmi con le altre.

T: Perfetto allora come compito/obiettivo per la prossima settimana ti chiedo di parlare con tre persone diverse della comunità per un minuto al giorno.

C: Sì, perché non ho lo stimolo di rivolgermi ad altri, ma voglio provarci.

T: Cos'altro ti farebbe arrivare a 3?

C: Esprimere i miei sentimenti e le mie emozioni, in particolare alla mamma. Ma non riesco fisicamente.

T: L'abbraccio o la fisicità non sono l'unico modo per esprimere i propri sentimenti, a qualcuno riuscirà semplice esprimerli così, ma se ho capito bene per te non è così.

C: No, non ci riesco!

² Variante della Scala delle identità (Romaioli, 2013)

T: Quali altri modi conosci per esprimere i tuoi sentimenti?

C: Mi riesce facile scrivere.

T: Perfetto, pensi che potresti utilizzare la scrittura per esprimere quello che senti alla mamma?

C: Ok, non ci avevo pensato ma ci proverò.

T: Bene, questi sono i passi che ti faranno salire la scala da 2 a 3. Ti chiedo un'ultima cosa per darci un obiettivo a lungo termine, abbiamo visto che 10 è una meta impossibile da raggiungere, ma quando diresti di avere una buona autostima?

C: Una volta raggiunto il 7.

T: Bene, questo sarà il nostro obiettivo.

Dal colloquio emerge l'idea che "gli altri sono migliori di me" e una conseguente difficoltà ad esprimere pensieri ed emozioni per paura di non essere all'altezza: "ho paura che gli altri pensino che quello che dico è stupido e di compiere errori". Questo vissuto di inferiorità ha portato la ragazza a sperimentarsi solo parzialmente nei compiti assegnati. Con lo scopo di riconfigurare la percezione distorta che gli altri siano migliori di lei in tutto, che intervengono sempre con contenuti intelligenti e non vivono mai difficoltà in alcun ambito, le è stato chiesto di osservare gli altri attentamente. Viene cioè invitata a "fare l'antropologa", ossia ad osservare scrupolosamente le persone che considera "migliori di lei" sulla base di parametri particolari e di individuare dettagli che avrebbero potuto confutare la sua impressione. Rispetto alla comunità riferisce "ho osservato le mie compagne, adesso mi sento di essere più avanti nel percorso rispetto al loro, a volte dal punto di vista alimentare e motorio mi sento di avere il controllo e vedo che loro non sempre ci riescono" e ancora "rispetto agli interventi, anche le persone che reputo più intelligenti qui, ogni tanto dicono qualche sciocchezza!". Questo passaggio ha avuto la funzione di destrutturare il pensiero disfunzionale per cui "gli altri sono migliori" mettendo in luce la molteplicità di ambiti in cui le persone si sperimentano e la possibilità di variare a seconda della circostanza. In secondo luogo si è entrati nel merito di cosa significa per lei "compiere errori" e ha riferito che deve sempre rispondere alle aspettative altrui per il timore di invalidare le relazioni per lei significative "se dico la mia magari lui se la prende" oppure "loro si aspettano che io sia sempre gentile". La ragazza reagiva all'altro con il silenzio, la paura di esprimersi o con frasi di chiusura come "tutto bene", non venivano considerate alternative poiché percepite come un pericolo per la stabilità dei legami. Questa autovalutazione negativa di sé risulta essere un'importante resistenza al cambiamento poiché consente alla ragazza di mantenere un equilibrio rispetto agli altri significativi "non riesco ad esprimere i miei pensieri come gli altri si aspettano per cui non dico mai la mia opinione". Ristrutturo l'idea per cui non si possa dire la propria opinione in modo gentile ed invito la ragazza ad utilizzare lo spazio terapeutico per sperimentarsi in giochi relazionali al fine di posizionarsi in modo più funzionale rispetto all'altro, ovvero sviluppando modalità espressive per lei plausibili, atte a rendere partecipe l'interlocutore del suo sentire. Al termine dell'incontro invito la giovane a stilare una lista di situazioni concrete in cui si è trovata in difficoltà e le chiedo di esercitarsi a "compiere errori" provando ad esprimere la propria opinione e di osservare quanto accade.

Nella seduta successiva riporta di essersi sperimentata con successo con il padre e lo zio: è riuscita a comunicare il proprio vissuto e la constatazione che la cosa non ha provocato nessun malessere o rottura dei legami, ma anzi ha creato il presupposto affinché alcune interazioni disfunzionali venissero meno, l'ha sorpresa. Questo passaggio ha consentito il movimento psicologico da "per piacere agli altri devo rispondere alle aspettative" a "per piacere agli altri mi faccio riconoscere per quella che sono".

Dalla seduta successiva, la terapeuta ha invitato la ragazza a sperimentarsi in diverse situazioni al fine di consentirle esperienze in contrasto con le difficoltà riportate. Esporsi con i familiari e con i ragazzi della comunità le ha permesso di interrompere gli evitamenti disfunzionali attraverso cui alimentava i suoi vissuti svalutativi.

La ragazza inizia a presentarsi in seduta sorridente, riferisce di essere riuscita a parlare di più in comunità con le ragazze e a casa con i familiari. Attraverso la scrittura e le esposizioni concordate ha cominciato a sperimentare un senso di soddisfazione e competenza nella relazione con gli altri.

"Ho imparato a comunicare diversamente anche con mio padre e mia sorella, se c'è qualcosa che dicono che mi fa soffrire glielo faccio notare e vedo che così ho due vantaggi, non mi chiudo in me come prima e soprattutto vedo che la cosa non si ripete."
E ancora *"È andata bene con le ragazze in comunità. Ho anche iniziato ad aprirmi nei gruppi. Una parte di me non voleva parlare, poi mi sono detta di provare a "sbagliare" e ho visto che non è andata male, anzi!"*

Ci sono difetti che, sfruttati bene, brillano più della stessa virtù.

F. de La Rochefoucauld

Nel corso delle sedute si è approfondito il bisogno di controllo descritto dalla ragazza come problematico e si è riformulata l'idea che anche degli aspetti considerati critici possono divenire delle risorse (White,2007). Si è suggerito alla ragazza di intercettare delle circostanze in cui il bisogno di controllo ha assunto una valenza positiva ed ha prodotto delle conseguenze desiderate.

Alla domanda del terapeuta "in quali situazioni il bisogno di controllo ti è stato utile?" risponde che l'ha aiutata a gestire il movimento e a decidere quanto e cosa esporre di sé in gruppo. Pertanto, se incanalato in funzione di un preciso obiettivo, anche il controllo può divenire risorsa. La ragazza rimane colpita dallo scambio e dice di non averci mai pensato.

*Non posso certo dire se sarà meglio,
quando sarà diverso; ma posso dire:
è necessario che cambi, se deve migliorare.*

Al termine di ogni seduta sono stati scritti degli obiettivi concreti atti a salire la scala, i movimenti terapeutici sono stati finalizzati ad avvicinare l'esperienza della giovane a quella che lei stessa ha definito come un parametro ideale.

Il seguito della terapia si è dedicato a trovare modalità espressive funzionali per ridare alla ragazza un senso di competenza ed un ruolo attivo nel generare nuovi schemi interattivi che le sembrava fossero stati compromessi per sempre dalla malattia.

Nelle sedute si è continuato a lavorare sulle relazioni presenti nei diversi ambiti di vita offrendo prescrizioni dirette al fine di sperimentare nuovi modi di relazione con l'altro. Si è continuato a proporre i compiti sopra descritti al fine di allenare la giovane a collocare i propri pensieri in funzione degli obiettivi concordati in modo da far divenire la modalità un'abitudine funzionale.

La ragazza riporta alcune esperienze concrete che le hanno dato conferme sui suoi cambiamenti e sulla percezione di avere un ruolo attivo nella costruzione della realtà. Ha scritto una lettera alla madre in cui spiegava la sua situazione e per la prima volta ha avuto la sensazione di riuscire a comunicare in modo efficace:

“Ho capito che sbagliavo a sentirmi incapace di farlo, avevo questa sensazione perché volevo utilizzare i canali degli altri e non avevo trovato il mio” e ancora “sono rimasta sorpresa perché ero convinta di non riuscire ad esprimere le mie emozioni, invece ho capito che ne sono capace, mi sento sollevata”.

La terapia si è focalizzata sui processi di significazione e mantenimento messi in atto per costruire l'esperienza come problematica e, nel corso degli incontri, si è promossa l'evoluzione di un modo di vedere, pensare, sentire ed agire più funzionale agli obiettivi di benessere della persona.

5. Risultati e valutazioni

Rispetto al primo incontro la ragazza appare più serena e consapevole delle sue risorse. In confronto alle sedute iniziali il suo modo di narrarsi ha generato un nuovo copione: la ragazza è passata dal dire “non so esprimermi” a “ho trovato il mio modo per raccontarmi” e dall'utilizzo delle metafore “è come se il faro fosse sempre puntato sugli altri e io fossi in ombra” a “Mi sento meglio. Sono molto contenta perché pensavo che la malattia mi avesse tolto tutto e invece non è così. Mi sono anche esposta in gruppo e vedere che le altre si rivedevano in quello che dicevo mi ha fatto sentire meno sola e mi ha dato soddisfazione. Ero molto centrata sugli altri, invece adesso riesco ad esprimermi meglio. Mi fa sentire libera poter scegliere cosa fare e non fare per il mio benessere, mi fa sentire che ascolto meglio me stessa. Il faro ora è puntato su di me.”

In merito alle richieste di cambiamento avanzate, la ragazza riferisce di aver raggiunto un 6 pieno nella scala dell'autostima; il numero è stato riconosciuto come un indicatore di cambiamento in funzione degli obiettivi concordati.

Durante l'ultima seduta si è data una restituzione del percorso facendone un riassunto e si sono esplicitate le risorse personali della giovane, che c'erano, ma che erano sommerse dal problema; questo per darle il rimando di essere autonoma nella gestione di difficoltà future.

Rispetto agli obiettivi concordati la ragazza ha modificato il modo di raccontarsi e di relazionarsi agli altri. I diversi contesti in cui si è sperimentata le hanno offerto un rimando positivo rispetto al cambiamento, tanto da essere stati considerati importanti indicatori. L'immagine rinviate dagli altri è divenuta incompatibile con l'idea di sé come “persona incapace di comunicare le proprie emozioni e i propri pensieri” e ha reso possibile un

riposizionamento identitario funzionale all'obiettivo terapeutico. Si è generata un'interferenza nella teoria personale portata dalla ragazza e si è scardinata la modalità che le permetteva di raccontarsi come una ragazza senza autostima e incapace ad esprimersi.

Il percorso terapeutico ha consentito una totale adesione anche al programma nutrizionale proposto, favorendo un graduale aumento ponderale.

A distanza di tre mesi il peso è rientrato entro parametri di normalità (BMI>18) ed i cambiamenti ottenuti in terapia appaiono consolidati al punto da far prendere all'equipe la decisione di dimettere la ragazza.

Il diverso modo di raccontarsi ha aperto lo spazio a nuove modalità di agire e a una progettualità di vita che prima non c'era, portando la giovane a recuperare le sue relazioni sociali e a riprendere gli studi universitari.

Riferimenti bibliografici

- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality*, Doubleday and co. Trad.it. *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, Bologna, 1969.
- Bugaro, R. & Franzoso, M. (2006). *I nuovi sentimenti*. Marsilio, Padova.
- Faccio, E. (2007). *Le identità corporee. Quando l'immagine di sé fa star male*. Giunti, Firenze.
- Garner, B. & Wilson, P.H. (2005). *The relationship between friendship factor and adolescent girl's body image concern, body dissatisfaction, and restrained eating*, "International Journal of Eating Disorders", 37, 313-320.
- Gordon, R. A. (2004). *Anoressia e Bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (2006). *L'arte del cambiamento*. TEA, Milano.
- Nardone, G. (2014). *La paura delle decisioni. Come costruire il coraggio di scegliere per sé e per gli altri*. Ponte alle grazie, Firenze.
- Romaioli, D. (2013). *La terapia multi-being. Una prospettiva relazionale in psicoterapia*. A Taos Institute Publication.
- Salvini, A. (2003). *Psicologia clinica*, Upsel Domeneghini, Padova.
- Salvini, A. & Dondoni, M. (2011). *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*, Giunti Editore, Firenze.
- Salvini, A. (2006). *Nota su normalità/anormalità*. In F. Barale, M. Bertani, V. Gallese, S. Mistura, A. Zamperini (eds.), *Psiche. Dizionario storico di Psicologia, Psichiatria, Psicoanalisi, Neuroscienze*, Il vol, Einaudi, Torino.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. & Fisch, R. (1974). *Change: principles of problem formation and problem solution*. New York: Norton.
- Watzlawick, P. (1980). *"Il linguaggio del cambiamento"*, Feltrinelli, Milano.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Watzlawick, P. (1983). *Istruzioni per rendersi infelici*. Feltrinelli, Milano.
- White, M. (1992). *La terapia come narrazione. Proposte cliniche*. Astrolabio, Roma.