Scuola Lombarda di Psicoterapia Scuola di Specializzazione in Psicoterapia a indirizzo Cognitivo-Neuropsicologico

TESI DI APPROFONDIMENTO

PSICOTERAPIA COGNITIVA NEUROPSICOLOGICA

Corso - J -Anno Accademico 2018/2019

L'Anoressia Nervosa

Relatore: Matilde Boccellini Alvaro Fornasari Giuseppe Iannone

INDICE

1. ANORESSIA NERVOSA	3
1.1 Sistemi di classificazione nosografico-descrittivi	5
1.1.1DSM-5	5
1.1.2 ICD-10	5
1.2 Approccio ermeneutico-fenomenologico	6
2. CORRELATI NEURALI E PROFILO NEUROPSICOLOGICO	7
3. INTERSOGGETTIVITÀ	10
3.1 Fenomenologia dell'intersoggettività nell'anoressia nervosa	
4. ANORESSIA NERVOSA E IDENTITÀ PERSONALE	17
5. IL CORPO NELL'ANORESSIA NERVOSA	23
5.1 Fenomenologia dell'anoressia nervosa	27
6. TEMPORALITÀ DELL'ORA, SPAZIALITÀ DEL QUI	37
7. LA PSICOTERAPIA NELL'ANORESSIA NERVOSA	41
8. CONCLUSIONI	50
Bibliografia	52

1. ANORESSIA NERVOSA

L'anoressia nervosa è un disturbo dell'alimentazione che, secondo approcci nosografico-descrittivi, è caratterizzata da: persistente restrizione nell'assunzione di calorie; intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso; presenza di una significativa alterazione della percezione di sé relativa al peso e alla forma del corpo (DSM-5; ICD-10; Treasure et al., 2015).

Sebbene sin dal 17° secolo sia stato visto come un disturbo quasi esclusivo di individui di sesso femminile appartenenti a società occidentali, questa visione attualmente non è più valida (Caskey, 1985; Simpson, 2002). Dati raccolti negli Stati Uniti dall'American Psichyatric Association indicano una prevalenza dell'anoressia tra 0,5% e 3,7% nella popolazione femminile e un rapporto tra prevalenza nelle donne e negli uomini tra 6 a 1 e 10 a 1. Tale rapporto di prevalenza tuttavia cambierebbe nella popolazione adolescente in cui i maschi sono tra il 19% e il 30% degli anoressici. Secondo dati forniti dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, la prevalenza dell' Anoressia Nervosa in Italia sarebbe dello 0.2%-0.8%, in linea con quanto riscontrato in molti altri Paesi.

Gli studi condotti in Italia sono relativamente pochi e per la maggior parte limitati a realtà regionali. Uno studio di Favaro e colleghi (2003) fornisce uno spaccato della diffusione dei disturbi alimentari nel Nord-Est Italiano con dati epidemiologici concordanti con la letteratura internazionale e probabilmente estendibili alla realtà della maggior parte del nostro Paese. Lo studio, condotto su un campione di 934 ragazze di età compresa tra i 18 e i 25 anni residenti in due aree contigue della provincia di Padova stimava per l'Anoressia Nervosa una prevalenza puntuale dello 0.3% ed una prevalenza nell'arco di vita del 2.0%. Le forme di Anoressia sottosoglia registravano una prevalenza puntuale dello 0.7% e una prevalenza life-time del 2.6% La prevalenza di tutti i disturbi del comportamento alimentare nel campione era infine pari al 5.3%. Uno studio analogo è stato effettuato in una provincia Toscana da Faravelli e collaboratori (2006) riportando valori di prevalenza nell'arco di vita decisamente inferiori a

quelli di Favaro: 1.21% per tutti i disturbi del comportamento alimentare, di cui 0.42% l'Anoressia Nervosa.

L'esordio sintomatologico, spesso associato a un evento stressante, si verifica comunemente durante due periodi evolutivi significativi: l'adolescenza e la prima età adulta. Sebbene l'età d'insorgenza media sia compresa tra i 15 e i 24 anni, l'onset può in alcuni casi essere precoce (i.e. prima della pubertà) o tardivo (i.e. dopo i 40 anni).

Il decorso e la remissione dell'anoressia nervosa sono estremamente variabili: alcuni individui con tale psicopatologia guariscono completamente dopo un singolo episodio, con qualche manifestazione di andamento fluttuante dell'aumento di peso seguito da recidiva; altri ancora vanno incontro a un decorso cronico nel corso degli anni. La maggior parte degli individui con anoressia nervosa va incontro alla remissione entro 5 anni dalla manifestazione. Tra gli individui ricoverati in ospedale, i tassi di remissione complessivi possono essere minori. Il tasso grezzo di mortalità (TGM) per l'anoressia nervosa è circa il 5% per decennio. Il decesso si verifica più comunemente per complicazioni mediche associate al disturbo stesso o in seguito a suicidio. Il rischio suicidario nei disturbi alimentari di tipo restrittivo è elevato, con tassi riportati a 12 su 100.000 per anno (Marucci et al., 2018).

Vari sono i fattori di rischio associati a un disturbo alimentare di tipo restrittivo: disturbi d'ansia o tratti ossessivi nell'infanzia espongono a un maggior rischio di sviluppare anoressia nervosa; parenti di primo grado e concordanza del disturbo in gemelli monozigoti significativamente maggiore rispetto ai gemelli dizigoti; anomalie cerebrali sia funzionali che strutturali e riduzione del volume della materia grigia e bianca (Cerniglia et al., 2017; King et al., 2017).

Rispetto alla comorbilità, infine, dalla letteratura emerge come il disturbo bipolare, depressivo, i disturbi d'ansia, il disturbo ossessivo-compulsivo (specialmente nell'AN con restrizioni) e da uso di sostanze (specialmente nell'AN con abbuffate/condotte di eliminazione) si verifichino comunemente in concomitanza con l'anoressia nervosa (Kerr-Gaffney et al., 2018; Marucci et al., 2018; Milano et al., 2017).

1.1 Sistemi di classificazione nosografico-descrittivi

1.1.1DSM-5

Il DSM-5 colloca l'anoressia nervosa all'interno dei "Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione", categoria diagnostica che raccoglie un gruppo eterogeneo di patologie caratterizzate da un persistente disturbo dell'alimentazione oppure da comportamenti inerenti l'alimentazione che hanno come risultato un alterato consumo o assorbimento di cibo e che compromettono significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale. Secondo questo sistema di classificazione, affinché possa essere posta diagnosi di anoressia nervosa, devono soddisfatti vari criteri quali: persistente restrizione essere nell'assunzione di calorie; intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso; presenza di una significativa alterazione della percezione di sé relativa al peso e alla forma del corpo. Tale disturbo può avere specifiche manifestazioni: con restrizioni; con abbuffate/condotte di eliminazione. La gravità del disturbo viene infine definita in base al valore dell'indice di massa corporea (Lieve: IMC ≥ 17 kg/m²; Moderata: IMC 16-16,99 kg/m²; Grave: IMC 15-15,99 kg/m²; Estrema: IMC $< 15 \text{ kg/m}^2$).

1.1.2 ICD-10

L'ICD-10, un altro sistema di classificazione nosografico-descrittivo, definisce l'anoressia nervosa nei termini di un "Disturbo caratterizzato da una deliberata perdita di peso, indotta e sostenuta dallo stesso paziente. Il disturbo si presenta più comunemente in adolescenti e adulti di sesso femminile, ma anche adolescenti e giovani di sesso maschile possono esserne affetti, così come ragazzi che si avvicinano alla pubertà e donne più anziane fino all'epoca della menopausa. La malattia è associata con una psicopatologia specifica per cui il terrore di diventare grasso e della flaccidità del corpo persiste come idea prevalente intrusiva e i pazienti si impongono un limite di peso basso. È presente in genere un'iponutrizione di gravità variabile con conseguenti modificazioni secondarie endocrine e metaboliche e disturbi delle funzioni corporee. I sintomi includono la ridotta scelta dietetica, l'eccessivo esercizio e il vomito autoindotto, le purghe e l'uso di anoressizzanti e di diuretici".

1.2 Approccio ermeneutico-fenomenologico

Tali sistemi di classificazione, riducendo la patologia a un insieme di segni e sintomi, consentono di giungere a una diagnosi descrittiva, ma non permettono di cogliere l'esperienza personale di individui con anoressia nervosa e la sua configurazione narrativa e formulare quindi una diagnosi esplicativa.

Secondo un approccio ermeneutico-fenomenologico, i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono su un continuum che va da un massimo livello di costrizione di assunzione di cibo a una continua assunzione di cibo. L'anoressia nervosa si colloca all'estremo della prima di queste due polarità e, a livello fenomenologico, è una psicopatologia caratterizzata da una continua condizione di fame, un'esperienza caratterizzata dall'essere affamati tutto il giorno, che rappresenta la ricerca di un modo di mantenersi attivo costantemente ed è, da un punto di vista corporeo, un continuo sentirsi (Liccione, 2011).

Il disturbo alimentare restrittivo può manifestarsi in individui che tendono a emozionarsi in una modalità maggiormente polarizzata su un versante outward, che mantengono il proprio senso di stabilità personale grazie alla co-percezione, un modo di essere-nel-mondo per cui ci si sente a partire da un'alterità che è in carne ed ossa, un Altro significativo. La psicopatologia, nel senso di un'anoressia nervosa, si manifesta in conseguenza ad eventi esistenziali che comportano l'allontanamento dell'altro significativo o una sua presenza troppo oppressiva. Il conseguente sentirsi secondo tonalità emotive dell'angoscia e del senso di vuoto viene affrontato tramite un aumento dell'intensità dei segnali corporei, che acquisisce diverse significazioni: diventa la primaria fonte di co-percezione in assenza dell'altro significativo o è l'alterità che permette di demarcarmi dalla presenza dell'altro riconfigurata nei termini di estrema pervasività. Affamare il proprio corpo diviene quindi il mezzo attraverso cui il se stesso viene contemporaneamente avvertito come altro da sé.

2. CORRELATI NEURALI E PROFILO NEUROPSICOLOGICO

La neuropsicopatologia è l'insieme dei modi delle alterazioni emotivo-comportamentali che si dispiega all'interno di un continuum ai cui estremi vi sono le patologie storiche e non storiche. L'anoressia nervosa è una patologia polarizzata perlopiù sul versante storico, in quanto la storia di vita ha un peso significativo nell'esordio e nello sviluppo dei modi difettuali di essere-nel-mondo (Liccione, 2011). Essendo l'Esserci sia un Leib che un Körper, le neuropsicopatolige storiche hanno una risonanza anche a livello organico, così come le patologie non storiche modulano i modi di essere del Dasein.

Evidenze neurofisiologiche dimostrano come in pazienti con anoressia nervosa vi siano alterazioni corticali e sottocorticali, sia funzionali che strutturali e l'alto grado di comorbilità con disturbi dell'umore, d'ansia e da abuso di sostanze comporti il coinvolgimento di circuiti neurali comuni tra queste psicopatologie (Milano et al., 2017).

Dalla letteratura emerge come l'anoressia nervosa abbia un'eziopatogenesi multifattoriale, in cui sono implicati fattori di rischio di vario tipo: genetici, familiari, sociali e culturali. Molti studi sembrano infatti suggerire che circa il 50% del rischio di sviluppare un disturbo alimentare restrittivo sia dovuto a fattori genetici. I fattori ambientali sono molteplici, e vengono suddivisi in precoci e tardivi. Del primo gruppo fanno parte tutte quelle condizioni che interferiscono con i primi stadi del neurosviluppo e con la maturazione dei sistemi di risposta allo stress, e includono condizioni di vita intrauterina, complicazioni perinatali e precoci alterazioni nella relazione con le figure di riferimento. Tra i fattori di rischio tardivi rientrano invece episodi di perdita o traumatici, abuso e trascuratezza infantili, stress psicosociale, relazioni genitoriali e tra genitori e figli ad alto livello di conflittualità e abuso di sostanze psicoattive (Cerniglia et al., 2017; King et al., 2017; Milano et al., 2017; Miles et al., 2018).

È inoltre ampiamente dimostrato in letteratura come i disturbi alimentari siano associati a difficoltà nella regolazione emotiva, la quale a sua volta correla con tratti ossessivo-compulsivi, perfezionismo e impulsività. Ricerche genetiche ed epigenetiche hanno evidenziato come la psicotapotologia alimentare sia

associata a problemi internalizzanti (i.e. ansia, ritiro sociale, sintomi depressivi) ed esternalizzanti (i.e. discontrollo, impulsività e disinibizione cognitiva e comportamentale) (Babore et al., 2016; Cerniglia et al., 2017; Kerr-Gaffney et al., 2018; Kendler et al., 2011).

Il profilo neurocognitivo di pazienti con anoressia nervosa è caratterizzato da difficoltà in vari domini quali: set-shifting, funzioni esecutive, coerenza centrale e cognizione sociale. Tale funzionamento sembrerebbe essere implicato in un esordio sintomatologico precoce e nel suo mantenimento. In particolare, deficit di coerenza centrale (i.e. tendenza a focalizzarsi sui dettagli associato a difficoltà nell'elaborazione globale), sarebbero i responsabili della rigidità cognitiva e comportamentale comune ad anoressia nervosa, disturbi dello spettro dell'autismo e disturbo di personalità ossessivo-compulsivo (Brown et al., 2017; Hamatani et al., 2017).

A livello esperienziale, invece, il nucleo centrale del disturbo alimentare restrittivo è il sentirsi carnale, una lotta continua contro la propria carne, e la sofferenza cronica che questa lotta comporta è documentata da alcuni studi di neuroimmaging strutturale (Katzman et al., 1997; Lambe et al., 1997; Mühlau et al., 2007) che dimostrano una diminuzione globale della sostanza grigia ma non di quella bianca, sia nell'anoressia nervosa che nel dolore cronico (Kuchinad et al., 2007). Tali alterazioni sarebbero altresì stato-dipendenti, in quanto lo stato della malattia sarebbe responsabile nel determinare il volume corticale che, grazie a meccanismi di plasticità cerebrale, nella fase di remissione sintomatologica tornerebbe nella norma (King et al., 2017; Miles et al., 2018; Seitz et al., 2016; Zipfel et al., 2015). Uno studio di neuroimaging funzionale ha invece indagato correlazioni neurali di anticipazione e trattamento del dolore nelle donne guarite da anoressia nervosa (gruppo REC AN) rispetto ai controlli sani. Strigo e collaboratori (2013) si sono focalizzati sul funzionamento dell'insula anteriore destra, correlato neuroanatomico della percezione e modulazione del lo stato fisiologico del corpo, che elabora le emozioni omeostatiche e probabilmente integra le esperienze enterocettive, cognitive ed emotive. Dai risultati è emerso come entrambi i gruppi attivavano l'insula anteriore destra (rAI) durante l'anticipazione del dolore, ma questa attivazione era significativamente maggiore nel gruppo REC AN. Ma nonostante l'aumentata

attivazione dell'insula, i pazienti non valutavano lo stimolo doloroso come più avversivo rispetto al gruppo di controllo. Questa discrepanza osservata nel gruppo REC AN tra esperienze oggettive e soggettive è spiegata dagli autori come una probabile integrazione anomala e una disconnessione tra stati enterocettivi segnalati ed effettivi. Gli autori suggeriscono che molto probabilmente il gruppo dei pazienti non erano in grado di saper valutare efficacemente e identificare le emozioni perché le sopprimono intenzionalmente, il che implica un alto livello di concentrazione sui segnali corporei al fine di controllare le emozioni minacciose.

3. INTERSOGGETTIVITÀ

Oltre ad essere sia un Leib che un Körper, l'essere umano è, sin dal periodo prenatale, un progetto-gettato, un'esistenza incarnata e situata. Il Dasein è da sempre in una tonalità emotiva che rende possibili certi vissuti esperienziali (Erlebnisse), impedendone certi altri fin dal principio. In ogni tonalità emotiva il mondo è già interpretato in una certa maniera, e a causa di questa interpretazione (Auslegung) originaria della vita e del mondo, nella tonalità emotiva ogni comprensione (Verstehen) è già guidata in anticipo (Bollnow, 2009). Le tonalità emotive determinano all'origine i molteplici modi di essere e di con-essere che caratterizzano l'esperienza umana. L'essere-con-l'altro e l'essere-nel-mondo sono infatti cooriginari, costitutivi dell'apertura dell'esserci, che risulta quindi essere un con-esserci. L'analisi dell'essere-nel-mondo ha infatti reso manifesto che non è dato innanzitutto, e non è mai dato, un individuo senza mondo, così come non è mai dato, innanzitutto, un Dasein isolato senza gli Altri. L'essere con l'altro significa infatti "essere l'un con l'altro in un mondo" (Heidegger, 1927). Da un punto di vista fenomenologico l'intersoggettività si basa su una relazione incarnata preriflessiva tra due o più persone, e non sul mind reading. Evidenze prenatali che mostrano come la capacità di interazione sia presente ancor prima della nascita (Castiello et al., 2010) permetto di notare che il sé neonatale non è indifferenziato e confuso ma bensì una rudimentale identità corporea, un sé-carnale, da cui si svilupperanno in modo coerente le successive forme identitarie. Nei primissimi periodi evolutivi, ad esempio, il luogo relazionale privilegiato è la relazione body to body con le figure significative, che si connota come luogo comunicativo privilegiato, in cui avvengono le prime sintonizzazioni regolari, che prevedono l'incontro di due carni la cui mutua regolazione di stati psicofisiologici di attivazione e disattivazione, viscerali ed espressivi, permette la condivisione di senso e la risonanza emotiva. Ruolo cruciale e primario nella dialettica sé-altro è quindi il corpo, prima forma di alterità dell'ipseità che permette di incontrare l'altro nel suo essere-nel-mondo (Marini, 2005). Il caregiver, in particolare, rappresenta la primaria fonte di accesso sia a se stessi sia alla rete di significati condivisi (Arciero & Bondolfi, 2009). L'affettività autoconsapevole, self-with-the-other

awereness (Reddy, 2008) o co-awereness (Rochat, 2004), compare quindi prima dell'autocoscienza riflessiva (Draghi-Lorenz et al., 2001). L'intersoggettività è perciò ontologicamente fondante, e si sviluppa secondo livelli di complessità: primaria (o intercorporeità), secondaria (o assunzione di prospettiva) e terziaria (meta-prospettiva sul sé e gli altri). L'intersoggettività primaria si sviluppa già a partire dal primo anno di età con l'imitazione da parte del bambino delle espressioni facciali; i neonati infatti sono già in grado di trasporre le espressioni degli altri che percepiscono all'interno della loro propriocezione e del loro movimento e di essere influenzati dalle espressioni facciali degli altri, in uno stato incarnato di emozioni e sentimenti condivisi. È attraverso queste prime forme di interazione che i bambini imparano a condividere il piacere, ad elicitare attenzione, a stabilire un contatto, ecc. L'esperienza è sempre emotivamente intonata e pattern familiari di interazioni e regolazione emotiva sono conservati nella memoria implicita o procedurale del bambino come schemi interattivi ("schemi di essere-con"). Ciò avviene con largo anticipo rispetto all'età di acquisizione della teoria della mente (4 anni), quindi il bambino acquisisce una prima forma di comprensione degli altri ben prima, proprio attraverso tali pratiche condivise. Ecco perché possiamo affermare che l'intercorporeità è alla base di tutte le forme di intersoggettività. Nell'interazione infatti l'altro non è nascosto dietro l'azione ma manifesta ed esprime le sue intenzioni nei suoi comportamenti: osservando i movimenti espressivi e le azioni situate (embedded) nei vari contesti, se ne comprende il significato. Nelle interazioni sociali, il nostro corpo è infatti influenzato dal corpo che ci sta davanti, in un gioco di mutua incorporazione (risonanza corporea o bodily resonance). Intorno all'anno di età si ha il passaggio all'intersoggettività secondaria: i lattanti cominciano a far riferimento a contesti condivisi in maniera sempre più esplicita attraverso l'attenzione condivisa, il seguire con lo sguardo e il pointing. Prestando attenzione a come gli altri interagiscono con il mondo apprendono il significato degli oggetti e riconoscono le intenzioni e gli obiettivi degli altri anche in azioni incomplete. Così l'interazione diadica si apre verso gli oggetti in un campo più ampio, trasformandosi in interazione triadica (bambino-caregiverambiente). Il bambino inizia a percepire gli altri come agenti intenzionali le cui azioni e mutue interazioni hanno precisi scopi nei vari contesti pragmatici. Nel

corso di azioni condivise con gli altri i bambini si vedono percepiti dagli altri come agenti intenzionali in spazi sociali comuni che gradualmente assumono una struttura sempre più simbolica. L'interazione simbolica è già presente nel pointing e nelle azioni condivise, ma raggiunge il suo apice con l'uso del linguaggio. Intorno ai 3-4 anni di età la narrazione diventa il presupposto per una comprensione sempre più sofisticata dell'altro. Essere coinvolti in racconti di storie aiuta a capire meglio gli altri, i loro obiettivi e le intenzioni dietro a determinate azioni. La competenza narrativa supporta quindi lo sviluppo delle capacità di presa dell'altrui prospettiva, del role-playing nonché di certe capacità predittive tipiche dei compiti della Teoria della Mente. Sebbene il bambino cominci a percepire gli altri come agenti intenzionali già intorno ai 9-12 mesi di età, non è prima dei 4-5 anni che diventa consapevole degli altri come agenti dotati di una mente, di propri pensieri e convinzioni che possono differire dai propri. L'integrazione di entrambe le prospettive è possibile a partire da una meta prospettiva sé-altro che costituisce l'elemento caratteristico di ciò che viene chiamato intersoggettività terziaria. La percezione interpersonale è quindi basata sull'abilità di oscillare liberamente tra una prospettiva incarnata egocentrica e una prospettiva decentrata e allocentrica, senza perdere il centro corporeo che sta alla base della coscienza di sé. È importante sottolineare che alla base di questi processi c'è un background implicito, una sorta di cornice che consiste di tutte le assunzioni su come funzionino le interazioni, su quali reazioni siano adeguate e quali no, quali presupposizioni vadano date per scontato, incluso il significato specifico di parole e frasi in determinati contesti, i valori culturali comuni, e la visione del mondo nel suo insieme (Fuchs, 2015).

3.1 Fenomenologia dell'intersoggettività nell'anoressia nervosa

Essendo quindi l'essere umano sin da subito un'esistenza incarnata e situata, l'intersoggettività non è un mero incontro di pure menti, ma di individui incarnati che interagiscono tra loro in situazioni condivise. Ne consegue che i disturbi cosiddetti "mentali" non dovrebbero essere visti come risultanti da processi malfunzionanti che avvengono nei cervelli degli individui ma come un modo disturbato di essere-nel-mondo e, in particolare, di interagire nello stesso mondo con le altre persone attraverso interazioni adeguate in una rete coerente

di rimandi. L'essere con l'altro significa infatti "essere l'un con l'altro in un mondo" (Heidegger, 1927) e la forma difettiva di questo esistenziale si declina nell'essere-mediante-gli-altri, un modo di essere che richiama la possibilità che l'altro sia strumentale, e perciò ridotto a mero ente. Il modo possibile di essere per cui l'uomo è autenticamente in relazione con l'altro è l'aver-cura. Esso è l'esistenziale per cui l'Esserci, esistendo, è aperto all'alterità, ed è costituito dal riguardo (Rücksicht) e dall'indulgenza (Nachsicht) (Marini, 2005). In individui con anoressia nervosa, invece, si ha una forma difettiva dell'aver-cura, per cui l'Esserci, oggettivando sia sé che l'altro, invece che essere in relazione con altri Leib, è in relazione con dei Körper. Nel rapporto dell'anoressica con la vita, viene infatti a mancare quello che Merleau-Ponty chiama "Il rapporto di comunione con il mondo". L'incapacità di sostenere un rapporto di reciprocità con il mondo fa sì che il rapporto con l'alterità diventi conflittuale, persecutorio, paranoide in senso ontologico. Il corpo quindi non è più "soggetto di intenzioni", ma diviene "oggetto di attenzioni" (Galimberti, 2009). È proprio l'auto-alienazione dal mondo che fa del corpo un rifugio alienante e un sepolcro vuoto (Borgna, 2007). In questa forma di esistenza "mancata" il corpo non esprime più il mio-esserecorpo, ma diventa corpo "alienato", corpo-ostacolo, corpo oggetto, corpo altroda-me, da eludere e da distruggere. Nell'anoressia nervosa si ha quindi un ritiro dal mondo-della-vita come modalità di essere-nel-mondo; un ritiro nel corpo non solo come ritiro dal mondo, ma da un corpo senza bisogni, da un corpo-senzamondo. È il corpo-cadavere di Sartre, che non essendo più in situazione, non essendo più intenzionato, si rapporta al mondo solamente attraverso la propria esteriorità. Così il ritiro del proprio corpo vivente, che ha per scopo l'eliminazione dello sguardo altrui, della vergogna e della minaccia dell'alterità altro non fa che attirare ulteriormente lo sguardo dell'altro sul proprio corpo ossificato, aumentando così ulteriormente proprio quel senso di minaccia, vergogna e invasione dal quale si fugge (Galimberti, 2011).

L'esperienza di soggetti con anoressia nervosa prende inoltre forma a partire dalla co-percezione con l'alterità, e se l'altro è il modo di essere a cui corrispondere per sentirsi, il dilemma riguarda l'essere autore della propria storia invece che avvertirsi come attore di un testo scritto da altri. L'altro può quindi essere fonte di aspettative a cui dover corrispondere ma allo stesso tempo

polo di opposizione o sorgente di emulazione (Arciero & Bondolfi, 2009). Il rapporto con l'altro è quindi essenziale per il mantenimento del senso di stabilità personale, così che la necessità di relazione con l'altro si manifesta nei termini di sensibilità, delicatezza, tolleranza, cura, compassione, dedizione, premura, abnegazione, mentre la psicopatologia si innesca in concomitanza di quegli eventi esistenziali in cui viene a mancare l'equilibrio tra demarcazione e definizione di sé attraverso l'altro. Il perfezionismo (sul corpo, nell'abbigliamento e nello studio), ritenuto un tratto premorboso particolarmente caratteristico dell'anoressia nervosa (Arciero & Bondolfi, 2009; Fairburn et al., 1999; Fairbun & Harrison, 2003), risulta essere fondamentale per il mantenimento della relazione con l'altro significativo, che viene controllata attraverso la performance. La costante ricerca di corrispondenza a standard comportamentali i più elevati possibile e ad aspettative di persone significative, oltre che il tentativo di guadagnare l'approvazione degli altri manifestando conformità alle loro attese, permette di erigere una barriera per prevenire l'impatto delle critiche o delle valutazioni altrui sul proprio senso di sé. Più è forte questa necessità, più è spiccato il perfezionismo, come indicano gli studi che associano un perfezionismo più elevato con una severità più importante dei disturbi alimentari (Bastani et al., 1995; Halmi et al., 2000; Pieters et al., 2007). Anche l'iper-esercizio fisico si inserisce in questa cornice (Renz et al., 2017), con una doppia significazione: controllare l'esteriorità così da garantire una continuità ideale di sé nel tempo e aumentare l'enterocezione per sentirsi. Un modo dell'anoressia è infatti la vigoressia, il sentirsi a partire da un singolo muscolo che si sviluppa. Esemplificativi di questa peculiare dialettica ipseitàalterità sono i rapporti affettivi delle anoressiche, che spesso si ingaggiano in relazioni connotate da quello che Bauman chiama "amore convergente", quell'amore che lega i partner solo per il tempo che fa comodo a entrambi. L'andamento delle relazioni sentimentali si struttura anch'esso sulla modulazione della dialettica sé-altro, in cui il corpo spesso assume un ruolo centrale, per cui i vari scenari che possono presentarsi spaziano da donne che amano troppo al matrimonio bianco o al non debutto sentimentale, ma anche disturbi sessuali come disturbi dell'erezione, impotenza e, nelle donne, anorgasmia. La sessualità, infatti, non è carne ma desiderio, e ciò a cui tende è

l'incontro con l'altro. Nelle pazienti anoressiche si ha invece una forma difettiva di sessualità, in cui viene a mancare la reciprocità, la possibilità che un corpo trascenda in un altro corpo.

Rispetto alla psicopatologia, essa si innesca in concomitanza di quegli eventi esistenziali in cui viene a mancare l'equilibrio tra demarcazione e definizione di sé attraverso l'altro. Se, infatti, ci si co-percepisce a partire dall'alterità e grazie al mantenimento di un equilibrio tra demarcazione e definizione di sé attraverso l'altro, la frattura identitaria, nel contesto di un rapporto affettivo, potrà verificarsi sia nel momento in cui l'altro significativo, conseguentemente a un litigio o a una rottura affettiva, si allontana, sia in corrispondenza di tutti quegli eventi esistenziali che danno forza al rapporto, come ad esempio l'inizio di una convivenza, il matrimonio, la nascita di un figlio. Episodi che comportano l'allontanamento dell'altro significativo o una sua presenza troppo oppressiva sono accordati su tonalità emotive di angoscia e senso di vuoto che vengono affrontate tramite un aumento dell'intensità dei segnali corporei, che acquisisce nelle due situazioni una differente significazione. L'enterocezione, infatti, nel primo caso diventa la primaria fonte di co-percezione in assenza dell'altro significativo, mentre nel secondo è l'alterità che permette di demarcarmi dalla presenza dell'altro riconfigurata nei termini di estrema pervasività. Una frattura identitaria concomitante a eventi esistenziali di questo tipo comporta quindi, in individui che tendono a emozionarsi in una modalità maggiormente polarizzata sull'Altro, uno spostamento della fonte di co-percezione dall'altro significativo al corpo, all'enterocezione, nel senso di una perenne sensazione di fame (i.e. sentirsi corporeo con intensità e continuità esperienziale tale da permettere il ritorno verso di sé a discapito dell'altro), utilizzato a causa di una limitata familiarità con l'enterocezione e i segnali corporei. Abbuffate e condotte di eliminazione tipiche di alcune forme di anoressia nervosa sono anch'esse funzionali al riposizionamento dell'individuo, e possono essere funzionali a diminuire un'attivazione emotiva conseguente all'esposizione sociale o ad aumentare l'enterocezione in conseguenza ad esperienze disconfermanti. Affamare il proprio corpo diventa quindi il mezzo attraverso cui il se stesso viene contemporaneamente avvertito come altro da sé. L'aspetto fondamentale è perciò la capacità di riuscire a mantenere un senso di autonomia radicale senza

sprofondare in un senso di vuoto, e a volte, a questo sentirsi corporeo, si accompagnano sensazioni di forza di volontà, orgoglio e capacità. Il peso, la forma, ma anche un semplice commento che alluda a un aumento ponderale, possono perciò alterare il livello di autostima, in quanto la lotta continua contro la propria carne fornisce la misura delle proprie capacità, della propria forza e quindi del proprio valore. La sensibilità al giudizio tipica di pazienti con anoressia nervosa è quindi una conseguenza dei modi di essere emotivamente situato e non il nucleo psicopatologico, come invece accade nei disturbi fobici.

4. ANORESSIA NERVOSA E IDENTITÀ PERSONALE

L'identità personale gioca un ruolo chiave nello sviluppo e nel mantenimento dell'Anoressia Nervosa (Williams & Reid, 2012). In un'ottica fenomenologica, l'identità personale è il risultato della riconfigurazione della realtà trasformata in esperienza (Ferguson, 2009) ed, essendo quest'ultima situata e già significativa (Heidegger, 1927), è nel modo di essere emotivamente situati di queste persone che vanno ricercate le motivazioni della genesi e del mantenimento di questa psicopatologia. Secondo Arciero e Bondolfi (2009), gli individui che sviluppano l'Anoressia Nervosa tendono a mantenere la propria stabilità personale polarizzando il proprio dominio emotivo sul versante outward, ossia in conseguenza a una qualche forma di adesione all'alterità: è nell'ambito di questa dialettica ipseità-alterità che il corpo gioca un ruolo cruciale diventando il mezzo per controllare e anticipare una positiva co-percezione di sé (Liccione, 2011). Questa modalità di mantenimento della stabilità personale fa si che le persone, che soffrono di anoressia, siano inclini ad aderire a canoni astratti ed estetici impersonali (ad es., quelli proposti da genitori, società, mass-media, ecc.) che oltre ad offrire un'adeguata e positiva co-percezione di sé, appaiono essere una coerente modalità di controllo di quest'ultima.

Questa concettualizzazione permette di comprendere meglio perché l'Anoressia Nervosa si sviluppi tipicamente nell'adolescenza, un periodo cruciale nello sviluppo dell'identità caratterizzato da significativi cambiamenti biologici e sociali, dalla definizione di sé e dal bisogno di esercitare un certo controllo sulla propria vita (Bruch, 1978). Infatti, secondo Bruch (1978) l'esordio dell'Anoressia Nervosa comporterebbe la difficoltà nell'esprimere un senso di sé autentico e indipendente attraverso emozioni appropriate. Sarebbe proprio la difficoltà dell'individuo nell'affrontare determinate esperienze tipiche e non di questa fase della vita (conflitti famigliari, lutti, abusi, rotture affettive, ecc.), che porterebbero ad evitamento e ruminazione delle emozioni e sul senso di sé (Cockell, Gellar e Linden, 2002; Troop, Holbrey e Treasure, 1998), ad innescare i modi di essere anoressici che fornirebbero un senso di controllo e di gestione dei sentimenti angoscianti (Serpell, Teasdale, Troop e Treasure, 1999) che aiuterebbero a costruire un senso di sé (Dignon, Beardsmore, Spain, & Kuan,

2006; Malson, 1998; Reid, Burr, Williams e Hammersley, 2008): il controllo sul cibo e sul proprio corpo fornirebbe sicurezza ed identità (Weaver, Wuest e Ciliska's, 2005).

In uno studio del 2010, Williams e Reid hanno effettuato un'analisi qualitativa delle esperienze e dei pensieri dei pazienti anoressici, ricavando 4 temi principali che ci permettono di capire meglio le modalità anoressiche di controllo della co-percezione:

1) La relazione con l'Anoressia Nervosa

Secondo i partecipanti, l'Anoressia era l'"unico" modo che avevano per riuscire a far fronte alle situazioni negative e alle emozioni che queste elicitavano. Nel caso di Debora, l'anoressia è stata la possibilità di ritirarsi dalle situazioni difficili, di mettere un confine tra sé, gli altri e il mondo:

D.: "Quando è iniziato tutto, l'ho adorata. Ne avevo bisogno nella mia vita e la vedevo come l'unico modo per sopravvivere".

Mentre per Angela, l'opportunità di non dover affrontare relazioni sessuali adulte:

A.: "Mi impedisce di preoccuparmi degli uomini e di volere relazioni, sesso o qualsiasi altra cosa".

In questa prima fase della malattia l'anoressia era vissuta come un'amica su cui poter far affidamento nei momenti di bisogno. Come per Natalia:

N: "A (l'Anoressia, così la chiamava) è diventata un'amica. Quando ero sola (o mi sentivo sola) sapevo che almeno avevo A, e quindi le cose andavano bene".

Successivamente, il rapporto diventerebbe ambivalente: da una parte, continuerebbe a fornire certezze mentre dall'altra diventerebbe un nemico, un aggressore. Come nel caso di Laura:

L: "Ho ancora il mio disturbo alimentare perché so cosa aspettarmi da esso ed è qualcosa su cui posso fare affidamento. Resto con il mio DA come una donna resta con il suo aggressore. È davvero una relazione di odio e amore a cui non posso sfuggire.

2) Battersi per un sé perfetto

Un'altra coerente modalità di controllo della co-percezione, che frequentemente precede l'esordio della sintomatologia, riguarda il perfezionismo e l'adozione di canoni astratti e impersonali di accettazione sociale (ad es., aderenza alle aspettative socio-culturali, dei genitori, ecc. (Liccione, 2011). L'atteggiamento perfezionista assolverebbe a diverse funzioni. Permetterebbe di sfuggire alle emozioni negative che scaturiscono dalla "pressione" e dalle difficoltà che le responsabilità quotidiane implicano:

Pietro: "Penso che l'ossessione della società per la magrezza sia malsana e pericolosa (anche se ovviamente non è la causa principale). È più importante la giornata, la pressione costante per fare meglio, lavorare di più ed essere perfetti. La necessità di guadagnare e risparmiare denaro, sfamare la famiglia, avere un bell'aspetto, ottenere buoni voti, ecc., è semplicemente troppo per molte persone – ma non c'è modo di "staccare" dalle montagne russe della vita senza perdere la faccia. Quindi le persone si rivolgono a cose come i DA".

Essere perfetti sarebbe l'equivalente di essere amati:

Natalia: "ho creduto fortemente che dovevo essere perfetta per essere amata ... il che coinvolgeva il corpo "perfetto" (che in quel momento pensavo significasse "magro"). Mi sono impegnata così duramente per questo ... e l'anoressia faceva parte di quel impegno".

Implicherebbe la convinzione che sia la vita che l'identità personale debbano essere il "meglio" che si può, come per Beatrice:

B: "Per me penso che l'AN sia stata una progressione naturale. Sono sempre stata una persona perfezionista e di grande successo. Non ho mai preso in considerazione il fatto che non potrei essere sempre la migliore [...] credo di aver pensato che se non potevo essere la migliore musicista, o la migliore della classe, o la più bella, potrei essere la più sottile".

3) Controllo del sé attraverso il corpo

Il corpo, per tutti i partecipanti, era percepito come l'unico aspetto della loro vita su cui potevano avere un controllo diretto, a differenza di tutto il resto, e che poteva permettere loro di cambiare identità.

Giovanni: "Non ero felice a casa e non ero contento di come ero. Ho sentito che non c'era nulla che potessi fare a riguardo. Non so perché ma un giorno mi sono reso conto che avevo una qualche forma di controllo sul cibo: cosa mangiavo, quando mangiavo ... Era un modo per controllare quello che mi stava succedendo giorno per giorno".

4) Battaglia contro la voce anoressica

Ad un certo punto della malattia, l'esperienza comune dei partecipanti, era il passaggio da una sensazione di controllo sul proprio corpo a quella di perdita di controllo del loro disturbo. La relazione tra la persona e il suo corpo si inverte: il corpo controlla ora i pensieri, i sentimenti e le azioni della persona anoressica. Questo era il momento in cui gli individui, rendendosi conto di non poter diventare più magri, si accorgevano di avere una malattia.

Jon: "...ad un certo punto, nel tempo, i miei comportamenti restrittivi sono diventati qualcos'altro".

È il punto in cui una dieta normale diventa un disturbo:

Laura: "l'anoressia è una malattia che si evolve dalla scelta iniziale di controllare le abitudini alimentari".

Da qui non è più la persona a scegliere, ma il disturbo: la restrizione controllata diventa controllo (Williams e Reid, 2012). Il cambiamento riguardava anche la loro cognizione, tutti descrivevano un'entità separata, critica, illogica e irrazionale (voce anoressica, mente anoressica, modalità anoressica, ecc.) che prendeva il controllo e consumava la vita e l'identità della persona, e rendeva difficile la fuga (nuova alterità su cui percepirsi):

Lisa: "chiamo la mia anoressia il demone che controlla i miei pensieri, sentimenti, emozioni e azioni. L'anoressia mi sta controllando e adora vedermi fallire quando provo a riprendermi".

Questa entità è vissuta come estremamente autocritica e dominante:

Laura: "l'Anoressia è fastidiosa, esigente, controllante, aggressiva ... una voce che critica tutto ciò che fai e ti ricorda quotidianamente che sei immeritevole, non amata, senza valore, patetica.

La voce anoressica produce l'esperienza di una sensazione di un sé diviso che lotta contro l'unità della persona, come descritto da Caterina:

"Fondamentalmente, quando ascolto l'anoressia e vivo lo stile di vita anoressico, la voce nella mia testa diminuisce. Non ha nulla contro cui combattere. Quando la ignoro, le cose nella mia testa diventano molto forti ed è orribile. Quando comincio a lottare contro l'anoressia e voglio guarire e diventare una persona "intera", i pensieri peggiorano sempre di più.

In conclusione, sembrerebbe che l'Anoressia Nervosa si formi come modo per affrontare la perdita di controllo ed evitare le emozioni negative conseguenti ad eventi avversi (Bruch, 1978; Cockell, 2002), derivando dall'incapacità della persona di esprimere una vera identità e le emozioni provate fornendone di sostitutive. La stabilità personale che ne deriva, però, è solo momentanea. Infatti, se all'inizio l'anoressia viene percepita come un amico su cui contare, con il progredire del disturbo, quest'ultimo da modalità di controllo diventa una modalità controllante, dominante, critica, rigida e dannosa per il sé: la

persona si annichilisce, distrugge se stessa nel disperato tentativo di definirsi. L'Anoressia diventa un'alterità che se all'inizio è concorde con gli obiettivi del sé, in seguito porta l'individuo a sentirsi come all'inizio dell'insorgere del disturbo. La problematicità dell'individuo consisterebbe nella difficoltà di trovare altre alterità, diverse da quelle fornite dall'anoressia, sulle quali copercepirsi e riposizionarsi, nel caso in cui quella che aveva permesso una certa stabilità personale fino a quel momento diventasse ostile o venisse a mancare.

5. IL CORPO NELL'ANORESSIA NERVOSA

Nelle Meditazioni cartesiane (1943) scrive Husserl: "Tra i corpi di questa natura, trovo il mio corpo nella sua peculiarità unica, cioè come l'unico a non essere mero corpo fisico (Körper) ma proprio corpo vivente (Leib). Questo corpo è la sola e unica cosa che io direttamente governo e impero" (p.107). Noi siamo contemporaneamente capaci di esperire il nostro corpo come soggetto (Leib) e come oggetto (Körper): proprio per questo ci si ritrova sempre a muoverci tra i due poli dell'"avere un corpo", in maniera riflessiva e dell'"essere un corpo", in maniera preriflessiva. Sperimentare il corpo come oggetto non impedisce infatti di sperimentarlo contemporaneamente come soggetto. Ma il mio corpo non è uno dei tanti oggetti-corpo bensì esso è irriducibilmente e originariamente mio, perché è tutt'uno con il soggetto che io sono. Infatti la peculiarità dell'esperienza corporea tipica è che, mentre il corpo è irriducibile a qualsiasi oggetto - nella misura in cui è un soggetto trasparente - esso è tuttavia vissuto nella sua oggettività come corpo materiale. Merleau-Ponty (1945) osserva che esiste una fondamentale ambiguità nella struttura del corpo vissuto. Pur essendo intimamente "mio", "espressione della mia esistenza", il corpo è anche un oggetto per gli altri che sfugge alla mia soggettività. Il mio corpo è intriso di soggettività, è corpo-soggetto: io sono il mio corpo, dice Merleau-Ponty (1945). Nell'esistere, nella presenza, nel Dasein, ci si muove costantemente tra questi due poli. L'avere un corpo accentua il momento riflessivo, l'essere un corpo accentua il momento preriflessivo e costituisce la coscienza incarnata in quanto esserci-nel-mondo. Secondo Binswanger (1958), il nostro corpo costituisce ed è contemporaneamente costituito dalla nostra mondanità. Noi siamo impegnati in un mondo. Ma non appena questo impegno viene meno, il corpo "si abbandona [...] e diviene oggetto puro. [...] Non è l'anima che se n'è andata, ma il mondo che non c'è più" (Galimberti, 2009; p. 253).

Da un lato, il corpo rivela la fatticità dell'esistenza umana, la contingenza della sua situazione (Sartre, 1943), dall'altro, come condizione imprescindibile per essere-nel-mondo, il corpo è espressione dell'umana possibilità esistenziale (Merleau-Ponty, 1945). Aggiunge Galimberti (2009): "Il nostro corpo non è solo

estensione e movimento, ma una sorta di intenzionalità, mai tematizzata, che ha nel mondo il suo correlato e il suo indispensabile ambiente" (p. 253). "Il corpo è l'originaria apertura al mondo e il mondo è l'ambito che consente al corpo di sentirsi nelle sue possibilità" (ibid., p. 19). "Per il bambino imparare un movimento, acquisire un linguaggio significa essere sollecitato dai bisogni del suo corpo e dagli oggetti del mondo". (ibid., p. 124). In questo senso, l'intenzionalità del corpo umano, la sua originaria apertura al mondo, il suo esporsi e attendere dal mondo indicazioni per sé è attestato, innanzitutto dalla sua struttura anatomica. "Noi siamo eretti perché siamo impegnati in un mondo" (Galimberti, 2003, p.116). "A entrare in contatto con le cose non è la nostra coscienza, ma il nostro corpo che le raggiunge, le prende tra le mani, le ispeziona, le compone e le scompone, in base ai sensi e ai significati che il suo piccolo mondo gli offre e le possibilità che il suo corpo gli concede". (ibid., p.124). In quanto apertura originaria sul mondo, il corpo è trascendenza. "È proprio in virtù di questa interazione tra corpo e mondo, di questa apertura originaria del nostro corpo al mondo, che incontrando le cose del mondo il corpo si conosce come insieme di possibilità, come immediato sbocco sulle cose e non come mero oggetto. Non è un oggetto raccolto nell'immanenza della sua inseità, ma è un immediato sbocco sulle cose". (ibid., p. 118). Utilizzando le cose del mondo, il corpo si libera dall'assedio del mondo, lo rende progressivamente più ospitale e dischiude la dimensione dell'avvenire. In questo senso il corpo è sempre fuori di sé, è intenzionalità, trascendenza, immediato sbocco sulle cose, apertura originaria, continuo progetto e perciò proiezione futura. In questo gettarsi fuori di sé, in questo pro-getto, correndo incontro al mondo, il corpo è sempre superato dalle cose verso cui si protende, per cui io sono il mio corpo solo non essendolo, solo superandomi per essere al mondo. Per chi non si supera, ma si trattiene presso di sé, il corpo diventa un impedimento, quell'impedimento che io divengo a me stesso quando mi nego come apertura originaria. Possiamo avere un mondo solo se facciamo del nostro corpo non l'ostacolo da superare, ma veicolo nel mondo. Questo significa essere il proprio corpo non essendolo. Secondo Heidegger tanto meno fissiamo l'apparenza di una (Vorhandenheit) e quanto più attivamente la usiamo, "tanto più apertamente la si incontra, come una cosa utile, scoperta nella sua praticità "(Heidegger, 1927,

69). Con questa premessa in mente, il filosofo tedesco afferma che esistono almeno due modi contrastanti di incontrare il corpo come oggetto. Uno riguarda l'esperienza del proprio corpo che naviga familiarmente con il mondo e manipola in modo efficiente gli strumenti (Zuhandenheit). L'altro, al contrario, comporta l'osservazione spettatoriale del corpo stesso (Vorhandenheit). In questa originaria ambivalenza si raccoglie ogni senso del corpo e del suo originario rapporto col mondo per cui avvertiamo il nostro corpo come una "potenza sul mondo e il mondo come il punto d'appoggio nel nostro corpo" (Galimberti, 2009, p. 130-31). Il nostro corpo non è al mondo opacamente come lo sono le cose ignare di sé e di ciò che le circonda, ma come quell'apertura originaria in cui solamente sono possibili sensi e significati. "Chiamiamo questa apertura originaria che precede ogni distinzione tra soggetto e oggetto, tra interiorità ed esteriorità, tra conscio e inconscio, presenza, intendendo con questo termine quell'assoluto che non ha nulla "dietro" di sé, perché ciò che è e ciò che si manifesta coincidono". (ibid., p. 268). "Se il corpo umano non è prima di tutto un campo di gioco di forze biologiche, ma un'originaria apertura al mondo, il modo con cui l'esistenza vive il proprio corpo rivela il modo con cui vive il proprio mondo. Per questo non parliamo di conversioni o trasferimenti di conflitti psichici agli organi fisici, perché non ci sono due realtà, quella psichica e quella fisica, ma un'unica presenza che dice del corpo il proprio modo di essere al mondo". (ibid., p. 278).

Secondo Merleau-Ponty (1945) il Leib può essere considerato da almeno tre punti di vista: come appartenente al mondo, come esserci-nel-mondo e come apertura verso il mondo (come spazio-temporalità impegnata). Il nostro corpo è ab initio sia campo di espressione che campo di relazione, in quanto permette l'incontro con l'altro. Per lo stesso motivo il corpo può assumere il significato opposto, e cioè quello di ritiro dall'altro. In altri termini, poiché è il mio corpo a permettermi di abitare in un mondo, e poiché "avere un mondo" è qualcosa di più del semplice "essere al mondo" (tutte le cose sono al mondo, ma il corpo è al mondo come colui che ha un mondo, come colui per il quale il mondo non è solo il luogo che lo ospita, ma anche e soprattutto il termine in cui si proietta), il ritiro del corpo rappresenta dunque un ritirarsi dal mondo.

Aggiunge Merleau-Ponty (1964): "Esiste una mutua costituzione, non tra soggetto e oggetto, ma piuttosto tra corpo (essere) e mondo" (p.43). "Questo mondo [...] non è altro che un'estensione del mio corpo (essere). Ho ragione di dire che io sono il mondo" (ibid. Pag.63). È il mondo a dare continuità al corpo, esistente in costituzione reciproca con il corpo. Il corpo ha bisogno di essere coinvolto nel mondo, e questa apertura al mondo storico non è "un a priori, né un'illusione, ma piuttosto una conseguenza (implicazione) dell'essere". Esiste una fondamentale ambiguità nella struttura del corpo vissuto. Pur essendo intimamente "mio", espressione della mia esistenza, il corpo è anche un oggetto per gli altri che sfugge alla mia soggettività. È questa ambiguità nella struttura del corpo vissuto che non riesce a sopportare la persona con anoressia. Ed è in questa insofferenza che si gettano le basi per il controllo soggettivo del proprio corpo nell'anoressia. La malattia non va quindi vista come la causa di determinati sintomi, ma essa stessa diviene sintomo di un rapporto compromesso col mondo.

Il modo quotidiano di stare in un corpo o, meglio, di essere un corpo, non è caratterizzato da uno stato di alienazione, ma da uno stato di noncuranza, di trasparenza. In condizioni di salute, il corpo è vissuto come trasparente, cioè come qualcosa che inquadra e ancora le esperienze del soggetto. Immaginiamolo come una finestra: non è invisibile ed è attraverso essa che noi possiamo percepire gli oggetti nel mondo. In questo senso, superiamo il corpo nel progettarci nel mondo, ne dimentichiamo i limiti. Non notiamo né pensiamo ai nostri corpi quando siamo affaccendati nel mondo. Il corpo vissuto è piuttosto una sorta di campo di attenzione preconscio, un insieme di schemi propriocettivi e cinestetici che rendono le esperienze di una persona possibili in primo luogo (Gallagher 2005), ma anche un insieme di funzioni autonome (respirazione, battito cardiaco, ecc.) che supportano e rendono possibile la vita cosciente (Leder 1990). In determinate condizioni, come per esempio quando facciamo esperienza di stanchezza, fame, sete, malattia, dolore, prurito, ecc. il corpo ci affligge, resiste, ostacola, disturba i nostri sforzi, richiede la nostra attenzione; non è più in grado di soddisfare i nostri desideri, e ci costringe a voltare le spalle a ciò che vorremmo fare per occuparci di esso, indipendentemente da ciò che

potrebbe sembrare più urgente al momento (Zaner, 1981, pag. 52). Un esempio paradigmatico è il dolore. Quando ho mal di testa diventa difficile concentrarsi e pensare. Anche prima che la mia attenzione sia diretta verso il mal di testa stesso, il mondo intero e tutti i miei progetti diventano colorati dal dolore. Mentre leggo, le lettere diventano confuse, il testo stesso mi fa male nel tentativo di capirlo (Sartre, 1956). Altri esempi di come il corpo possa resistere ai miei tentativi di fare cose diverse sono la nausea, o la fatica che avverto quando provo a salire le scale e mi fa male il petto inaspettatamente. Secondo Martin Heidegger (1927) ogni nostra esperienza è, di fatto, emotivamente situata ma questa sintonizzazione del nostro essere-nel-mondo normalmente rimane nello sfondo, non ci si appalesa consciamente. La malattia, invece, penetra tutta la nostra esperienza, e ostacola i nostri tentativi di agire e realizzare le cose, invece di sostenerli nel modo silenzioso di un essere-nel-mondo "sano" (Gadamer 1996). Nella malattia l'essere-nel-mondo non si sente più a casa (Svenaeus 2000). La stessa esistenza assume così un carattere ignoto, alieno. In diverse psicopatologie, il corpo perde questa trasparenza e si manifesta in tutta la sua materialità.

5.1 Fenomenologia dell'anoressia nervosa

Da un punto di vista fenomenologico possiamo comprendere l'anoressia nervosa come un tentativo di avere il controllo della propria vita attraverso il controllo del proprio corpo, del proprio peso, della propria forma. È il corpo stesso a diventare figura principale che emerge da tutto il resto, che invece resta a fare da sfondo. L'esperienza del corpo nell'anoressia è caratterizzata da uno scambio con l'ambiente che risulta inibito (Fuchs, 2005). Il corpo si rivela negativamente, diventa presenza massiccia, pesante, ostacolo che limita o blocca la libertà di attuarsi nel mondo, intralcia i miei progetti mondani. Il corpo allora non è più Leib als Partner, per dirla con Blankenburg, non garantisce più l'abitualità. Isolato dal mondo, il corpo diventa oggetto. Senza riferimento al mondo, il corpo ricade nella condizione di cosa. Quando, da veicolo nel mondo, il corpo diventa l'ostacolo da superare per essere al mondo, allora è l'alienazione. Nell'anoressia assistiamo ad una relazione disturbata tra la coscienza incarnata e il mondo. Il paziente aspira a una forma di corporeità che è una cosa tra le cose e una forma

di coscienza che è disincarnata. Per ottenere una forma di corporeità è una cosa tra le cose, egli si impegna nel rifiuto del cibo, nell'esercizio eccessivo, e prova un senso di soddisfazione quando il corpo è ridotto in peso e dimensioni. In quanto superficie fisica che segna il confine tra l'esterno e l'interno, poi, il corpo rappresenta il limite invalicabile che racchiude la mia ipseità. Per raggiungere una forma di coscienza priva di corporalità, l'anoressica cerca libertà e indipendenza dal bisogno e dal desiderio.

Nei pazienti con anoressia la sensibilità al giudizio consegue ai loro modi di essere emotivamente situati. Essendo il loro dominio emotivo prevalentemente polarizzato su un versante anche il senso di stabilità personale conseguirà quindi a forme di adesione all'alterità. Tuttavia, un'eccessiva centratura sull'altro può procurare una sensazione di con-fusione, mentre un'eccessiva demarcazione dall'alterità può causare un senso di vuoto, dovuto alla non familiarità dell'esperienza viscerale. Il bisogno di demarcarsi dall'alterità obbliga la persona a cercare di sentirsi emotivamente attraverso il corpo. Ma la costituzione prevalentemente outward del dominio emotivo rende i segnali corporei poco familiari. Di conseguenza la fame e l'iper-esercizio fisico diventano modi per sentirsi attraverso il corpo e per ritirarsi dall'alterità. È così che il corpo diventa il mezzo per regolare una positiva co-percezione di sé, l'unico luogo certo di copercezione. Ma questa iperfocalizzazione sul corpo per sentirsi emotivamente situati, non essendo una modalità storica, provocherà un senso sbiadito di sé e un vissuto emotivo caratterizzato da vuoto e nullificazione. Non essendo disponibili altre modalità per sentirsi, ecco che sarà la fame a permettere un riposizionamento del proprio essere-nel-mondo attraverso una centratura sul corpo e ad un progressivo ritiro verso di sé, a scapito dell'altro. La costante sensazione di fame permette tale centratura sul corpo e viene assimilata ad un senso di sé potente, forte, capace e in controllo, in contrapposizione alle altre persone che invece non possiedono tali qualità. **Affamando** il proprio corpo lo si sente sia come corpo proprio che come corpo-oggetto altro da sé. In questo modo non si ha più bisogno del mondo, dell'altro e ci si sottrae all'eccessiva definizione altrui per definirsi poiché il corpo diventa l'unico polo su cui sintonizzarsi. Anche il perfezionismo, che spesso precede la patologia anoressica, è uno strumento che permette di demarcarsi dalle critiche o dalle valutazioni

altrui. Nell'anoressia assistiamo al rifiuto progressivo della dimensione intersoggettiva del farsi mondano del proprio corpo; di quel corpo che abitualmente si nutre insieme agli altri, di quel corpo luogo della comunicazione, dell'incontro, della koinonìa interpersonale. La mondanizzazione dell'anoressico resta invece scarsa di riferimenti alteregoici e di rimandi dialogici, in quanto tutta assorbita da quel che si appare a se stessi, dall'"imago sui". Ogni progettualità alteregoica deve inchinarsi al corpo. L'apparire fa tutt'uno con il sentirsi: il mio corpo trascende il piano estetico e mi coinvolge radicalmente in questo rivelarsi mondano, irrigidendo di fatto il progetto di mondo. Proprio in virtù del fatto che nell'anoressia il controllo del proprio corpo è centrale al mantenimento dell'integrità del sé, la **fame** assume il significato di un'invasione, di una prevaricazione del corpo sulla mente, di una tentazione da respingere per non permettere al corpo di prendere il sopravvento. L'appetizione della magrezza (Magersucht) può divenire una vera e propria tossicomania, in cui il bisogno di essere magri si pone imperativamente come scopo perentorio e come unica realtà che interessi vitalmente. L'essere magri non viene equiparato all'essere belli, ma è prova di quanto si sia in controllo, di essere individui autonomi, competenti e indipendenti. La magrezza del corpo anoressico è infatti legata al desiderio di essere autonomi e al tentativo di funzionare nel mondo senza aiuti esterni. Più magro è il corpo, maggiore sarà la percezione di esercitare il controllo sul proprio sé. La frase "sei troppo magra" rimane il complimento migliore che una persona con anoressia possa ricevere perché, come riporta Isabelle Caro nel suo libro "La ragazza che non voleva crescere", significa di essere riusciti a controllarsi, a resistere alle tentazioni, quindi di avere una volontà ferrea che tutti vorrebbero possedere.

Per questo motivo il **cibo** viene a perdere quel significato vitale che gli è proprio ed è vissuto come minaccia all'integrità magra del proprio corpo. Le possibilità d'azione diventano centrate sull'assunzione di **cibo** e sul mantenimento di un peso corporeo basso. Cibo e corpo, da utilizzabili si presentano ora come un ostacolo. Il controllo sul corpo diventa metonimia di una vita in controllo, una sorta di perfezione ideale. Così, quando tutto nella vita sembra sfuggire di mano, rimane ancora un luogo in cui poter esercitare il controllo, il corpo appunto, che

viene a sostituirsi al mondo. Tuttavia il cibo e il peso sono le uniche aree in cui il controllo è possibile per le pazienti, mentre nelle altre aree della vita permane un senso di fallimento (Callieri, 1993). Il cibo diviene così un desiderio che appartiene al corpo soltanto, e non alla persona, e assume il significato di una tentazione da respingere a tutti i costi. La pericolosità che assume il **cibo** va ben oltre gli aspetti legati all'aumento di peso. Il cibo è sostanza che distrugge la propria integrità, pur conservando in parte il suo significato di sostegno alla vita, essendo il cibo fondamentale per la nostra esistenza. Necessario e al tempo stesso metafora di una dipendenza potenzialmente pericolosa, il cibo diventa da un lato fortemente desiderato dal corpo, dall'altro respinto, al punto che persino evocare la parola cibo può diventare un tabù in alcune forme di anoressia dai tratti ossessivi. Forse non è così strano che avere il controllo su ciò che si sta mangiando diventi così importante se il proprio corpo assume una natura aliena. Il cibo è la principale cosa estranea che entra nel corpo: controllare il cibo equivale a controllare il corpo, renderlo più "proprio", meno alieno, per così dire. Ma questa routine di rilevamento e controllo del mangiare si sviluppa presto in una patologia con una vita propria che la persona non è più in grado di controllare. Lo stato maniacale-ossessivo della persona con anoressia emerge chiaramente dalle parole che Caro Isabelle riporta nel suo libro "La ragazza che non voleva crescere:

"Prima ero padrona della mia mente, ora domina anche il mio corpo, condizionandolo a rifiutare il cibo. Ormai provo più piacere a non mangiare che a mangiare. Adoro i morsi della fame nel mio stomaco completamente contratto, perché vuol dire che riesco a resistere. Controllare il cibo mi ossessiona. Penso costantemente a cosa mi concederò di ingoiare o non ingoiare, a quello che sputerò".

Il digiuno prolungato (o starving) è considerato una pratica completamente diversa dall'essere a dieta. Non è finalizzato al raggiungimento di un ideale di bellezza femminile quanto alla sensazione di avere potere e controllo sugli eventi: è un affermazione del sé. Proprio in virtù di ciò è opportuno separare il

fenomeno dell'ascetismo cristiano da un fenomeno che potremmo definire quasi "stoico". Nel primo caso infatti la rinuncia al cibo assume un significato espiatorio, di mortificazione del corpo per purificare l'anima dal peccato, di rinuncia a se stessi, mentre nel secondo la rinuncia al cibo è legata ai concetti di potere, indipendenza e affermazione della propria identità rispetto al mondo esterno. Oseremmo dire che si tratta di una soggettività disincarnata o, per dirla con Ellen West, di "un essere magri senza un corpo". La lotta continua contro la propria carne fornirà una misura delle proprie capacità, della propria forza e del proprio valore.

Anche l'esercizio fisico, in quest'ottica, assumerà il significato di mezzo per sentire il proprio corpo (oltre che per controllare la propria esteriorità, garantendo una continuità ideale di sé nel tempo) (Liccione, D., 2011) Spingere il proprio corpo al limite durante l'esercizio fisico sarà associato a un forte senso di soddisfazione mentre dover riaffrontare la fatticità della corporeità, dopo una fuga dal corpo attraverso l'esercizio, darà un senso di pesantezza e depressione. Come scrive Hornbacher nel suo libro "Sprecata", l'anoressia "È un desiderio di potere che priva di ogni potere, un atto di forza che ti spoglia di ogni forza, un desiderio di dimostrare che non hai bisogno di niente, che non hai appetiti umani". La perfezione diventa l'obiettivo di tutta una vita. La bruttezza diventa bellezza, la leggerezza colma di gioia. Domare il corpo equivale ad avere la situazione sotto controllo.

1) Una proposta di concettualizzazione dell'esperienza emotivo-corporea

Gaete (2016) riprendendo la proposta fenomenologica dell'affettività di Fuchs (2013) propone prima un modello comprensivo dell'esperienza emotivo-corporea (Fig. 1) e, successivamente, il corrispettivo del modello rispetto alla stessa esperienza, disturbata, nei DA (Fig.2).

Gli assunti su cui si basa tale modello asseriscono che l'esperienza corporea è dinamica: essa riguarda la variazione della configurazione delle sensazioni corporee dovuta alla differente intensità delle emozioni nei diversi contesti relazionali che espongono i soggetti a diverse posizioni relativamente a se stessi, al proprio corpo e agli altri. La mutevole intensità è lo stimolo che scatena il

passaggio da un'esperienza corporeo-emotiva implicita ad una esplicita. La "soglia di sensibilità" varia da individuo a individuo e da forme di incarnazione sana a forme disturbate: è importante per il passaggio da un'esperienza emotivo-corporea implicita a una esplicita

- Le emozioni hanno carattere di intenzionalità, ossia, sono sempre rivolte verso persone, oggetti ed eventi del mondo;
- La risonanza corporea, che comprende l'attività nervosa autonoma, muscolare e la postura con le sensazioni cinestesiche correlate, svolge un ruolo cruciale nell'esperienza emotivo-corporea;
- Le emozioni sono caratterizzate dalla loro funzione e dal loro significato: forniscono un orientamento di base su ciò che conta davvero per l'individuo e sono un riconoscimento corporeo di un cambiamento significativo nel mondo che chiama il corpo vissuto all'azione.

Fuchs fa notare come gli stati corporei correlati alla sensazione di benessere siano dominanti nell'esperienza corporea implicita (i segnali corporei sono sullo sfondo dell'esperienza), permettendo al mondo di apparire più vicino, più interessante e accessibile, mentre negli stati di disagio l'ambiente tende ad offuscarsi stabilendo una distanza tra sé e il mondo.

Un aspetto chiave dell'esperienza emotivo-corporea dei pazienti con DA sembra essere la soppressione della risonanza corporea delle emozioni, che porta ad un distacco dal mondo e a porre un particolare focus attentivo sul proprio corpo come l'oggetto da trattare: modificando la risonanza corporea anche la percezione affettiva e la tendenza all'azione cambieranno costantemente (Gaete, 2016).

2) Le dimensioni dell'esperienza emotivo-corporea (Fig. 1)

(a) Esperienza corporea implicita

Corrisponde ai segnali corporei che continuamente informano sullo stato generale dell'organismo trasmettendo un senso di identità, integrità e continuità esistenziale senza il bisogno di un'attenzione attiva da parte del soggetto. I sentimenti vitali, gli stati d'animo e una varietà di stati affettivi fanno parte di questo sentimento di fondo del corpo, come consapevolezza corporea pre-

riflessiva e non orientata che accompagna ogni sentimento, percezione e azione intenzionale (Fuchs, 2013).

(b) Esperienza corporea esplicita

Si basa sulla risonanza corporea, richiede la consapevolezza "attiva" del proprio corpo e appare ogni volta che si verifica qualcosa di nuovo o rilevante, sia per l'integrità fisica che psicologica. Gli individui con DA hanno difficoltà a passare da una consapevolezza pre-riflessiva del corpo a una attiva.

(c) Dimensione narrativa

Gaete (2016): "la narrazione di un'esperienza emotivo-corporea è la storia che il sé costruisce sulla percezione/conoscenza di ciò che gli sta accadendo attraverso i suoi segnali corporei. Essere in grado di capire cosa gli stia succedendo e raccontar(se)lo tramite una storia fondata sulla sue risorse e sulle sue esperienza corporee implicite ed esplicite, consente al soggetto di prendere decisioni adattive rispetto al contesto sociale e relazionale con cui deve confrontarsi".

(d) Dimensione funzionale

L'esperienza emotivo-corporea è caratterizzata da due funzioni, una attiva legata all'azione e una espressiva associata a diverse conseguenze nella relazione tra il soggetto e il mondo. La prima caratteristica riguarda la parte creativa dell'esperienza emotivo-corporea, quest'ultima è caratterizzata da un certo grado di libertà nelle fare delle scelte che permettono al soggetto, agendo sul mondo, di cambiare le circostanze. Mentre, la seconda, fornisce le informazioni di base su ciò che sta accadendo a noi, al nostro corpo e nella relazione con gli altri.

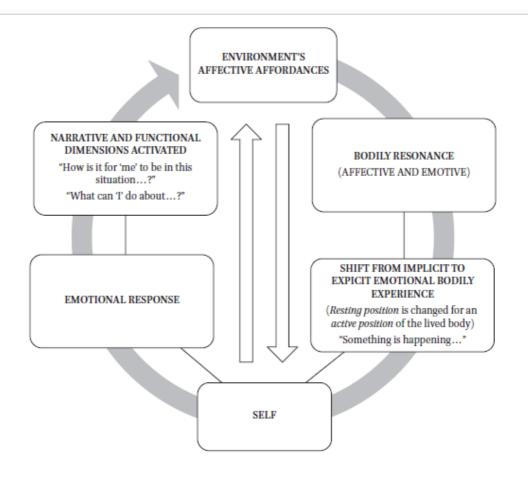


Figura 1 Comprehensive model of emotional bodily experience. Based on the Embodied Affectivity Model developed by Fuchs, T. (2013), Chapter: The Phenomenology of Affectivity in Fulford, Davies, Gipps, Graham, Sadler, Stanghellini & Thornton (Eds.). The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry (612–631). Oxford: Oxford University Press, and Fuchs, T. & Koch, S. (2014). Embodied Affectivity: on moving and being moved. Frontiers in Psychology, 5, 1–12.

3) l'incarnazione difensiva: un modello dell'esperienza emotivocorporea per i Disturbi Alimentari (Gaete, 2016) (Fig.2)

Questo modello si basa sulla tesi che la psicopatologia dei Disturbi Alimentari sia caratterizzata da un disturbo dell'incarnazione, e, nello specifico, da un disturbo dell'esperienza emotivo-corporea (Stanghellini, 2012). Inoltre, presume che la sintomatologia dei pazienti con DA rifletta un'oggettivazione del proprio corpo, finalizzata alla difesa dalle emozioni. Questa specie di meccanismo permette di sostituire la dimensione delle emozioni che scaturiscono nella relazione con gli altri, con quella relativa alla relazione con il proprio corpo attraverso la soppressione della risonanza emotivo-corporea. Secondo tale ipotesi, l'esperienza emotivo-corporea conseguente all'incontro intersoggettivo porterebbe a un'ipereccitazione insopportabile per le persone affette da DA. In altre parole, per queste persone, l'essere "toccati" (aspetto affettivo delle emozioni) e l'essere "mossi" (aspetto emotivo delle emozioni) sono vissuti come un modo insopportabile di sentire il corpo.

Dunque, secondo tale ipotesi, alla base dei DA vi sarebbe il costante tentativo di sopprimere la risonanza corporea allo scopo di difendersi dalle esperienze emotivo corporee, sia implicite che esplicite. A questo proposito, Fuchs (2013) afferma che la modificazione della risonanza corporea porta a una conseguente trasformazione della percezione affettiva di una determinata situazione non permettendo a queste persone di costruire una narrazione basata sulle loro esperienze emotivo-corporee: nel caso dell'anoressia Nervosa lo spostamento è verso una neutralizzazione dell'emotività. Il mondo, senza emozioni, diventa senza senso e insignificante, nulla può più attrarre, respingere o motivare all'azione: l'intenzionalità affettiva delle emozioni è persa impedendo così la percezione delle affordances affettive dell'ambiente (Fuchs, 2013). Trattare il proprio corpo, tramite la restrizione dell'assunzione di cibo, come un oggetto, permette di sostituire gli oggetti minacciosi del mondo fornendo sollievo emotivo attraverso la sensazione di controllo e potere: Gaete (2016) definisce questo modo d'essere come tirannia del sé sul corpo.

La soppressione della risonanza corporea porta anche a una perdita della funzionalità dell'esperienza emotivo-corporea, lasciando l'individuo senza strumenti per agire in modo creativo e con possibilità limitate di essere-nelmondo.

Nel caso delle persona con Anoressia Nervosa, l'oggettivazione del proprio corpo e l'ignorare i segnali dei bisogni primari porta ad un aggressivo maltrattamento dello stesso. Attraverso il controllo dei loro bisogni ottengono un senso di sicurezza e stima di sé che non possono/riescono ad ottenere dall'essere creativi e proattivi nella relazione con il mondo. Quindi, ciò che il sé non riesce ad affrontare lo deve affrontare il corpo, fornendo un territorio più sicuro e raggiungibile rispetto alla sinistra realtà delle relazione e delle emozioni.

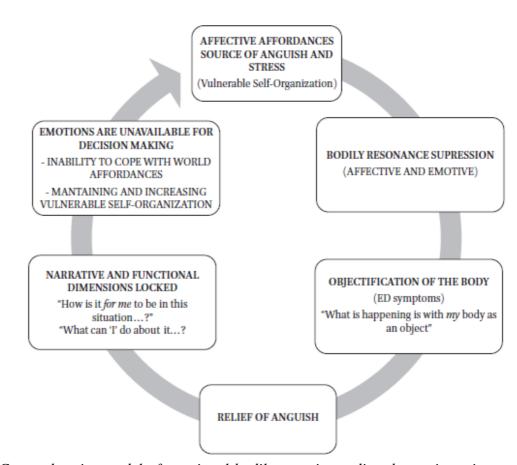


Figura 2 Comprehensive model of emotional bodily experience disturbance in eating disorders: The Embodied Defense Mechanism. Gaete, M.I. 2016. From Body Image to Emotional Bodily Experience in Eating Disorders. Journal of Phenomenological Psychology 47, 17–40

6. TEMPORALITÀ DELL'ORA, SPAZIALITÀ DEL QUI

Avendo un corpo agisco nel mondo attraverso questo corpo, il mio corpo non è nello spazio e nel tempo ma li dischiude come distanza o prossimità delle cose. Non ci si riferisce qui ad uno spazio e tempo fisici quanto espressivi. Esprimendosi il corpo diventa mediatore di un mondo. Il corpo fisico è nello spazio, il corpo vivente dischiude uno spazio e pone sé come centro d'orientamento a cui si riferisce ogni altro da sé. È l'assoluto qui di ogni là, e "là" è anche l'oggettivazione di sé, ossia quell'organismo che la scienza descrive. (Galimberti, 2003; p. 288). Il corpo è il mio posto nel mondo - il luogo in cui sono io che si muove con me - che è anche il punto zero che rende possibile lo spazio e il luogo delle cose che io posso incontrare. Il corpo, di regola, non ci si mostra nelle nostre esperienze; si ritira e apre così un punto focale che permette alle cose nel mondo di appalesarsi. Secondo Merleau-Ponty (1964) nel momento in cui da bambini cominciamo a definire forma e limiti del nostro corpo, cominciamo anche a formare una sorta di muro tra noi e le altre persone. Questa separazione consente di differenziarci spazialmente. La diffusione della proprietà del corpo, già a partire dalla prima infanzia, è resa possibile dal fatto che le nostre esperienze di sé e dello spazio sono legate alla nostra esperienza di altre persone. La comunicazione è essenzialmente di natura spaziale: "Percependo l'altro, il mio corpo e il suo sono accoppiati, dando luogo a una sorta di azione a due [action à deux], nel senso che nel modo di comportarsi dell'altra persona vediamo un certo suo modo di avere un mondo. Possiamo sperimentare queste cose, perché le viviamo o possiamo sentirne almeno la potenzialità di come sarebbe viverle. In breve, noi scopriamo gli altri attraverso i nostri corpi e la capacità dei nostri corpi di risuonare con i corpi degli altri. In questo senso, "i nostri corpi" sono un a-priori, un fenomeno più primitivo del "mio corpo". L'essere umano infatti non entra il mondo come una singola psiche isolata (ibid, p 119-20).

Assieme all'esperienza che facciamo dell'altro, l'esperienza del nostro ambiente e del nostro spazio sono un secondo aspetto della nostra percezione, che si modella a partire dalla nostra iniziale immersione negli altri. Noi "... Integriamo

la nostra incarnazione attraverso l'altro" in un processo che Leder chiama "incorporazione reciproca". Le capacità e le interpretazioni di ogni persona trovano estensione attraverso il corpo vissuto dell'altro" (Leder, 1990). La famiglia di un bambino può viaggiare spesso e, incoraggiare così un senso di facilità, necessità, o eccitazione di avere una vasta gamma spaziale; o, in alternativa, può rinchiudersi in casa, suggerendo quindi un senso di sfida, pericolo o ansia per un intervallo spaziale più ampio.

Bateson (1984) aggiunge che dobbiamo concepire il nostro modo di essere-nel-mondo come un processo dinamico che include altre persone. Ci troviamo nel mondo non come entità spazialmente inerti, ma come organismi dinamici e fluidi le cui esistenza e ampiezza spaziale sono intrecciate con i processi in evoluzione di una comunità".

Il mondo e lo spazio in sé non "accadono per" un insieme di 'sé' isolati, ma piuttosto, bensì essi sono riflessi di una rete di persone, cose, attività, ecc. Che si intrecciano in processi condivisi che danno forma a un mondo. Sarebbe infatti errato guardare alla coscienza come a qualcosa di confinato in un singolo individuo. Invece, la coscienza è una rete, un processo o un sistema condiviso di comprensione e comunicare che raggiunge attraverso molte persone, cose e strutture del nostro mondo.

Nell'anoressia l'attenzione alla temporalità dell'ora inaugura la spazialità del qui. Il corpo anoressico non è disperso là, fuori, nel mondo. In un'autoriflessione dal sapore ossessivo, e nell'isolamento, il corpo anoressico è congelato nel qui. L'auto restrizione e la restrizione del mondo diventano equivalenti: il corpo del qui-e-ora, confinato in un mondo piccolo, rispecchia la loro reclusione in un corpo che deve farsi piccolo, che deve essere fatto sparire. Mentre in assenza di psicopatologia, l'individuo agisce nel presente, alla luce di più obiettivi che riguardano le possibilità future, nell'anoressia futuro e obiettivi appaiono irrilevanti, tant'è che l'anoressico è pronto a sacrificare relazioni, abbandonare studi o carriera, per ripiegare sul proprio corpo. Da un lato la fretta di raggiungere la perfezione, dall'altro l'illusione di avere tempo per tornare indietro, illusione in quanto viene a mancare la possibilità di progetto, di scopo,

tutte attività che hanno bisogno di una prospettiva, quindi della dimensione temporale del futuro. Ma nell'anoressia ogni progettualità viene a mancare, il tempo si fa ripetizione ed è scandito dalla bilancia, dal calcolo ossessivo delle calorie, dai ricoveri in ospedale. Tempo maniacale in cui i rituali del pesarsi e del non mangiare diventano l'unico modo per pacare l'ossessione e l'angoscia. Tempo subìto, che sfugge ad un soggetto incapace di riconoscervisi immerso e che trasforma la persona in vittima del suo proprio tempo. Si potrebbe quasi parlare di atemporalità, di tempo devitalizzato, di un imprigionamento in un eterno presente focalizzato sul perdere peso. Non c'è progressione verso il futuro, né possibilità di lasciarsi il passato alle spalle, che invece sconfina nella dimensione presente e che il malato non riesce a lasciarsi alle spalle per poter progredire verso il futuro.

"Io non riesco più a fare marcia indietro [...] La mia malattia è entrata a far parte della normalità" (Caro Isabelle, La ragazza che non voleva crescere).

Preoccupandosi per il qui-e-ora, egli resta confinato nel presente e indifferente al futuro. I progetti di vita sono messi da parte, modificati o abbandonati, e la finalità è interrotta.

La capacità di darsi come possibilità, di liberarsi dal reale per muoversi al possibile, all'essere altrimenti, è ostruita. Questa costrizione nel mondo del paziente con anoressia si traduce in perdita di un futuro. Contemporaneamente, si assiste ad una sorta di fuga dal significato delle esperienze passate (infanzia, famiglia di origine, ecc). Il presente diventa ipertrofico: i pazienti sono preoccupati dalle richieste del qui-e-ora, cioè dal raggiungimento di un peso corporeo basso attraverso il controllo ossessivo dell'assunzione di cibo e quindi non sono in grado di proiettasi nel futuro. Tutto ciò che esiste è l'immediatezza dell'adesso. Accecato dall'ora, ecco che il paziente ignora il danno che viene fatto al suo corpo, non è in grado di prevedere le conseguenze negative del digiunare, non è più in grado di concentrarsi sulla sua carriera. Infine, se c'è un tempo futuro, nell'anoressia, è quel tempo che è proiettato verso quell'unico obiettivo che deve essere rincorso per tutta la vita, la perfezione.

Ecco perché ha poco senso considerare l'anoressia semplicemente come un disturbo dell'alimentazione o un disturbo di 'immagine corporea', ma piuttosto

come un problema di un modo globale di essere nello spazio, nel tempo e nel mondo.

7. LA PSICOTERAPIA NELL'ANORESSIA NERVOSA

Il percorso terapeutico con le persone affette da Anoressia Nervosa risulta difficile e frustrante sia per il terapeuta che per il paziente. È caratterizzato da un elevato tasso di abbandono, immobilità da parte del paziente e mancano prove empiriche che indichino la miglior efficacia di un trattamento rispetto agli altri. Sono diversi i fattori che contribuiscono a produrre questo quadro. I pazienti anoressici tendono ad attribuire un valore positivo ai propri sintomi, portandoli a sperimentare sentimenti ambivalenti rispetto al contatto con i servizi sanitari, con conseguenti ricadute sull'efficacia degli interventi e sulla frustrazione dei professionisti coinvolti (Gulliksen, 2012). Qui va ricordato come l'anoressia serva a produrre identità, quindi è vissuta come parte integrante del proprio sé e non come una malattia da guarire, risultando così molto resistente al trattamento: qualsiasi intervento terapeutico esterno viene vissuto come un'intromissione, una violazione della propria sfera personale. Un'esperienza comune nel lavoro clinico con queste persone è l'avvilimento, sessione dopo sessione, riguardo allo sforzo di spostarli dalla rigida attenzione sul loro corpo a concentrarsi sullo spazio intersoggettivo dell'esperienza in cui sembra che "nulla stia accadendo". Mostrano una resistenza inconsapevole, ma attiva rispetto al vivere il loro corpo in prima persona che li potrebbe portare ad una relazione più vicina e chiara con il loro ambiente. Sembra che rimanere in una posizione soggettiva del loro corpo vissuto sia troppo doloroso e per questo insopportabile (Gaete, 2016). Un altro aspetto riguarda la mancanza di risonanza emotivocorporea che impedisce la percezione delle corrispondenti affordance affettive nell'ambiente, la quale rappresenta un'enorme sfida per gli interventi psicoterapeutici che non hanno quasi nessun materiale emotivo con cui lavorare (Fuchs, 2013).

Il problema del corpo come oggetto che caratterizza questa patologia, sembra contraddistinguere anche un'ampia parte dei trattamenti sanitari ad essa dedicati. Infatti, una strategia comune per affrontare l'anoressia, usata sia da professionisti della salute, che dai familiari del paziente, è di vedere il disturbo stesso come qualcosa di alieno, come se il corpo mostrasse una sorta di vita propria che viene vissuta come volontà estranea dalla persona

in questione. Sembra di assistere ad una battaglia tra i medici/familiari e il paziente per la supremazia sulla proprietà di un corpo. Ma così, la malattia si riduce a mera disfunzione del corpo, e non ha più

nulla a che fare con l'identità della persona e il suo mondo. Questa strategia è incoraggiata dalla scienza e dalla pratica medica contemporanea e guarda alla malattia principalmente in terza persona, come se l'anoressia fosse separata e si aggiungesse alla persona, come se il corpo mostrasse una specie di vita propria. Ci si dimentica invece di quanto una malattia, oltre ad essere un disturbo delle funzioni biologiche del corpo rilevabile esclusivamente dalla prospettiva in terza

persona del medico, sia un'esperienza di una persona che è in un mondo, di una persona incarnata e collegata ad altre persone intorno a lei. Vista in quest'ottica la malattia assume un secondo significato: essa disturba i processi di significato dell'essere-nel-mondo in cui si conduce la propria vita quotidianamente. Ecco perché il trattamento per l'anoressia non deve ridursi a mera sorveglianza e trattamento coercitivo ma, partendo dall'analisi fenomenologica di un corpo percepito come inquietante, è opportuno che si concentri sull'esperienza corporea che fa la persona dell'anoressia, al fine di comprendere i modi in cui lei trova il proprio corpo alieno e inquietante.

La comprensione del corpo anoressico come rottura del corpo vissuto ha importanti implicazioni per il trattamento. In primo luogo, la nozione del corpo vissuto significa che il corpo biologico non può essere concepito come separato dalla persona cui appartiene, ma Körper e Leib sono intrecciati in una relazione indissolubile. La nozione di corpo vissuto umanizza il processo di trattamento e, rifiutando di concepire il corpo anoressico come esclusivamente un Körper, allarga l'attenzione dalle problematiche biologiche a quelle relative al sé e al mondo. Inoltre, l'intendimento del corpo anoressico come corpo vissuto crea una comprensione di un corpo intenzionale piuttosto che un oggetto passivo impersonale. La responsabilità personale focalizza l'attenzione sul ruolo della partecipazione dell'anoressico nel creare il corpo anoressico e quindi anche nel riconfigurare il proprio corpo in maniera più "responsabile", come

corpo che vive in un mondo sociale. In questo modo, il corpo non viene semplicemente consegnato al terapeuta per il trattamento e il paziente può così mantenere un senso di autonomia anche nel percorso di cura. È a nostro avviso opportuno che un processo di guarigione, oltre a tentare di "curare l'anoressia", debba mettere in luce l'orizzonte contestuale di trasformazione a cui l'anoressico partecipa. Non si tratta tanto di trovare una causa organica all'anoressia, né di interrogarsi sulle cause del fenomeno, quanto di comprendere il fenomeno stesso. La visione medica dominante si concentra principalmente sugli aspetti puramente fisiologici della malattia e presuppone che l'anoressia possa essere misurata e curata "oggettivamente". Tale prospettiva non considera però le esperienze vissute limitandosi a spiegazioni biologiche e psicologiche. Negli ospedali la cura si concentra principalmente su quanto il paziente stia mangiando e sul controllo del suo peso. Se consideriamo che è proprio questo ciò che il paziente fa, lo scontro tra curante e paziente sarà inevitabile.

Entrambi stanno considerando il corpo alla stregua di un oggetto. Sarebbe invece opportuno guardare all'anoressia non tanto come una malattia, quanto a una forma di identità. L'approccio ermeneutico-fenomenologico come punto di partenza metodologico richiede che l'attenzione si focalizzi sulle esperienze delle persone invece che sui sintomi della malattia, sospendendo ogni tentativo di spiegazione del fenomeno. Cos'è l'anoressia nella realtà vissuta del paziente che ci sta di fronte? Che significato ha questa esperienza? In che modo è significativa? L'obiettivo resta quello di comprendere l'anoressia in relazione alla comprensione del mondo che abita il paziente. Attraverso il dialogo siamo in grado di avere un contatto con il paziente. Ciò che egli ci dice deve essere preso sul serio. Non dobbiamo stancarci di cercare il vero significato di ogni enunciato e ciò può essere fatto soltanto a partire dal contesto di vita del paziente. Ci ritroveremo così in un circolo ermeneutico che non sarà mai chiuso, ma sempre aperto a nuove discussioni.

A tal proposito, Gaete (2016) sottolinea come un'importante obiettivo terapeutico sia quello di consentire ai pazienti di guardare e parlare delle loro difficoltà nel far fronte alla realtà, permettendogli di allontanarsi dalla rigida

posizione del loro corpo come fosse il problema più importante e aiutarli a capire e ascoltare le loro sensazioni corporee e le tendenze cinestesiche come i migliori segnali per prendere decisioni e gestire le loro azioni nella vita reale. Nel fare questo, bisogna porre particolare attenzione al livello di ansia che questo spostamento può provocare (potrebbe anche spiegare l'alto livello di recidiva nei Disturbi Alimentari): rimuovere i sintomi (che sono la loro difesa incarnata) senza lavorare a livello terapeutico sulle debolezze sottostanti all'organizzazione del sé mette l'individuo in una nuova ma instabile posizione del rapporto corposé-mondo che è difficile da sostenere.

Diversi studi eseguiti nel campo dei disturbi alimentari hanno evidenziato che la soddisfazione per il trattamento è associata a come viene erogato e, nello specifico, alla relazione con il terapeuta. Quindi, un modo per ovviare alle lacune sopra esposte, potrebbe essere quello di coinvolgere direttamente questa popolazione, attraverso la raccolta delle loro esperienze e considerazioni, al fine di sviluppare un ambiente terapeutico che corrisponda alle loro preferenze. A tal proposito, i pazienti riferiscono che le esperienze positive riguardano quelle in cui si sono sentiti compresi, meno soli, migliori, sicuri, meno stupidi, preziosi e di umore migliore: la sensazione provata era quella di "sentirsi a casa". Viceversa, associano quelle negative a terapeuti che applicano in modo inflessibile la teoria di riferimento, che li trattano come anoressici piuttosto che come individui e che reputano negligenti e incuranti. Inoltre, erano legate al sentirsi soli, meno preziosi, stupidi e non degni di rispetto: la conseguenza era la perdita del sentimento di identità, l'aumento del senso di colpa, la diminuzione della disponibilità a parlare delle proprie difficoltà e il desiderio di dimostrare che fossero "realmente malati" (Gulliksen et al., 2012). Tali esperienze erano maggiormente riferite ai singoli professionisti piuttosto che all'intera equipe sanitaria.

In uno studio del 2012, Gulliksen ha indagato, attraverso i resoconti dei pazienti, quali sono le caratteristiche personali, attitudinali e comportamentali che le persone che soffrono di Anoressia Nervosa preferiscono nei loro terapeuti. L'autore ha individuato quattro costrutti, che identificano sia le esperienze negative che quelle positive, e che a loro volta si suddividono in sottocostrutti: accettazione, vitalità, stimolazione/cambiamento e competenza.

(1) Accettazione

Si basa su cinque sottocostrutti:

— <u>Generosità</u>: si riferisce al terapeuta che viene sperimentato come generoso, affettuoso, premuroso, gentile e comprensivo. I pazienti hanno riferito che in presenza di queste qualità si sentivano sicuri, degni di fiducia e curati; un professionista della salute che esibiva queste qualità li faceva sentire presi sul serio.

Rose: "Stare con lei era completamente diverso rispetto allo psicologo precedente... Mi ha preso sul serio e mi ha dato il tempo per farlo... Sentivo che le importava davvero di me".

— <u>Rispetto</u>: si riferisce al terapeuta che ascolta in modo rispettoso e non giudicante. I pazienti hanno riferito che il rispetto del terapeuta li ha fatti sentire come se fossero individui unici e che stessero partecipando a una relazione tra pari.

Cecilia: "... parlava con me invece che a me"

Cornelia: "La differenza tra un terapeuta buono e uno cattivo riguarda coloro che non stanno semplicemente seduti lì, prendono appunti e usano semplicemente le cose di cui hanno letto, la teoria, perché ogni persona è diversa, ed è importante che riescano a conoscerti in modo che terapeuta e paziente siano uguali nella relazione".

— <u>Pazienza</u>: si riferisce al terapeuta che mostra pazienza riguardo al cambiamento del comportamento e alla creazione di una relazione di fiducia con il terapeuta. I pazienti hanno riferito di sentirsi calmi e responsabili nell'incontrare queste qualità, che potrebbero aumentare la loro fiducia verso il trattamento.

Rose: Credo che sia stato il fatto che mi ha dato dei momenti in cui non mi spingeva né altro. . ..Io ero al comando.

Johanna: pazienza ... che ti sia permesso di prendere il tuo tempo per capire le cose.

Trascuratezza: si riferisce al terapeuta che non presta attenzione ai sentimenti e alle opinioni dei pazienti, mostrando mancanza di cura e compassione per il paziente e, in alcuni casi, incolpando il paziente della sua condizione. I pazienti hanno affermato di sentirsi strani, vergognosi e sminuiti quando hanno incontrato queste qualità.

Agnes: "La cosa peggiore è quando sono seduti lì, a dirmi come mi sento.

Allora mi sento strana."

Ingrid: "Tutte quelle volte in cui non ho mai provato alcuna compassione o sincera preoccupazione. Posso ancora sentire quegli sguardi diretti a me - sembra che ti dicano che devi incolpare te stesso per questo".

.

— Pregiudizio: si riferisce al terapeuta che non ascolta la prospettiva dei pazienti e mostra atteggiamenti autoritari, stereotipati o pregiudizievoli nei loro confronti. I pazienti riferiscono di sperimentare una mancanza di identità, di rifiuto e la sensazione di essere una diagnosi e nulla più.

Christine: Ho avuto una brutta esperienza con un terapeuta che mi trattava da manuale. Non mi sentivo affatto accettata come persona. Mi sentivo come una diagnosi, nient'altro. È stato molto spiacevole.

Cecilia: non ha ascoltato. Non ricordava il mio nome e mi sentii spazzata via. Non ero io, ero il disturbo alimentare... Inoltre ho avuto la sensazione di perdere me stessa. Non avevo nessuna identità.

(2) Vitalità

Si basa su 3 sottocostrutti:

— Interesse attivo: si riferisce al terapeuta che mostra attivamente interesse per la persona. Aiuta le persone a sentirsi bene con se stesse.

Lisa: E 'stato bello avere qualcuno che si è davvero coinvolto nel tuo caso e che dopo un po' non ha dovuto chiedere ancora e ancora come era questo e quello, ma che alla fine sapeva quasi quanto te della tua vita e del tuo passato

Anne: Beh, non ne sono sicura, ma immagino che fosse il fatto che lei fosse davvero interessata ad ascoltarmi. Era sinceramente interessata.

— Senso dell'umorismo: si riferisce al terapeuta che dà al trattamento un tocco umoristico, è in grado di fare battute e di non prendersi troppo sul serio. Questa qualità rasserena e rassicura il paziente.

Pauline: Sì, perché sono facilmente influenzata dalle altre persone. . . e quindi penso che sia davvero bello stare insieme a persone che riescono a scherzare un po' e fare battute e. . .che non si prendono troppo sul serio.

 Passività: indica che il terapeuta è inattivo e non coinvolto nei problemi dei pazienti. Provoca sentimenti di solitudine.

Doris: Come ora lo ricordo, era quasi totalmente passivo. Potrei esagerare un po' adesso, ma sento che era così. E dopo anni di trattamento, sentivo che avevo davvero bisogno di più aiuto. Mi sentivo molto solo.

(3) Stimolazione/Cambiamento

Si basa su tre sottocostrutti:

 Focus sulle risorse: si riferisce al terapeuta che si concentra sui punti di forza, sulle capacità e la qualità di vita dell'individuo.

Ava: Credo che molte persone anoressiche o che hanno un disturbo dell'alimentazione necessitino di molte e ripetute conferme sul fatto che riescano a padroneggiare le cose. E quello che ho vissuto, come una delle

cose migliori di questo terapeuta, è che lui mi tratta come un qualcuno, anche se vede che ho un disturbo, mi tratta come una persona che è in grado di realizzare delle cose nella vita, che può gestire e sbarazzarsi del disturbo. Lui non ha la prospettiva che prima dobbiamo sbarazzarci del disturbo alimentare e quindi poi iniziare a vivere... È più la prospettiva che è possibile vivere con questo disturbo e fare delle cose lungo il cammino. Ha molta fiducia nel fatto che puoi uscire dal disturbo iniziando a vivere diversamente la tua vita... non è possibile eliminare una depressione, ad esempio, prima di cercare attivamente esperienze che potrebbero renderti più felice.

 Sostegno nelle situazioni difficili: si riferisce al terapeuta che supporta attivamente il paziente nelle situazioni che vivono come difficili nel qui ed ora.

Johanna: è bello che qualcuno ti sfidi a fare cose che potresti non sentirti sempre in grado di gestire... e poi essere lì per me anche quando le cose si fanno davvero difficili. Se riesci a raccogliere la sfida, spesso è un po' difficile...un sacco di sentimenti si presentano e... poi ci si sente sicuri nell' avere qualcuno che è lì per te.

— "Coccole": si riferisce al terapeuta che mostra "simpatia" e si dispiace per la persona a causa della sua condizione.

Erika: Sono stata trattata da molte persone e non mi hanno dato niente... ma quando è il loro lavoro, dovrebbero essere in grado di fare qualcosa di più che sedersi lì ad annuire, parlarti come se fossi piccolo e coccolarti tutto il tempo... Sfidarti, darti un calcio nei pantaloni.

(4) Esperienza/Competenza

Si basa su due sottocostrutti, entrambi a valenza positiva.

— Conoscenza/Esperienza: si riferisce alla conoscenza del terapeuta rispetto ai pensieri, sentimenti, azioni e vissuti delle persone con disturbi alimentari. I pazienti ritengono che i terapeuti con questa esperienza riescano meglio ad aiutarli a capire, riconoscere e accettare se stessi, e a ridurre il sentimento di vergogna nei propri confronti.

Cindy: Lei è un esperto di disturbi alimentari, l'ho notato già nella prima conversazione che abbiamo avuto... il modo in cui si è comportato. Sentivo che avevamo molto da costruire e che avevo molto da imparare da lui. . Mi ha raccontato un po' del suo passato. Mi ha parlato un po' dei disturbi alimentari e delle esperienze che ha avuto con altri pazienti e mi ci sono riconosciuto.

Susan: ...forse è il fatto che tutte le cose che le dico, potrebbero non sembrare così stupide per lei perché potrebbe averle già sentite prima.

— Autorevolezza: si riferisce al sentire i professionisti sicuri di sé e autorevoli. Fornirebbe un senso di sicurezza.

Anne: Irradia molta autostima ed è molto sicura di sé. E quando è sicura di se stessa, allora posso essere sicura anch'io di lei. Perché sono molto insicura di me stessa e spesso mi sento molto sfiduciata. Quindi se la psicologa non è sicura di se stessa, allora mi sento totalmente frustrata.

Cindy: era anche il suo modo di essere, com'era come persona. Sentivo che era una professionista: autorevole, ma allo stesso tempo umile, una persona sicura per così dire.

Queste caratteristiche potrebbero sembrare intuitive, ma, nella relazione con i pazienti, può essere piuttosto impegnativo essere aperti alla loro prospettiva, fare spazio all'uguaglianza e allo stesso tempo essere visti come esperti.

8. CONCLUSIONI

Da un punto di vista fenomenologico possiamo comprendere l'anoressia nervosa non soltanto come un disturbo dell'alimentazione ma come un tentativo di avere il controllo della propria vita attraverso il controllo del proprio corpo. Abbiamo visto come l'identità personale giochi un ruolo cruciale sia nello sviluppo che nel mantenimento dell'Anoressia Nervosa. Poiché l'identità personale risulta da un processo di continua rifigurazione dell'esperienza, che è da sempre significativa ed emotivamente situata, la genesi e il mantenimento della patologia sono da cercarsi proprio nei modi di essere emotivamente situati di queste persone. Essendo la loro stabilità personale centrata prevalentemente sul versante outward del proprio dominio emotivo fa sì che queste persone è nell'ambito di questa dialettica ipseità-alterità che il corpo gioca un ruolo cruciale diventando il mezzo per controllare e anticipare una positiva co-percezione di sé.

La difficoltà nell'esprimere un senso di sé autentico e indipendente attraverso emozioni appropriate starebbe alla base della difficoltà nel gestire adeguatamente le relazioni con gli altri e ad innescare modi di essere maggiormente centrati sul corpo che fornirebbero un senso di controllo e di gestione dei sentimenti angoscianti, permetterebbero un ritiro dalle situazioni difficili, consentendo di demarcarsi dagli altri e dal mondo.

Nell'anoressia manca la capacità di sostenere un rapporto di reciprocità con il mondo. Di conseguenza il rapporto con l'alterità diventa conflittuale, persecutorio, paranoide in senso ontologico. Il corpo da "soggetto di intenzioni", diviene "oggetto di attenzioni". Tale auto-alienazione dal mondo fa del corpo un rifugio alienante, un ostacolo, un oggetto altro-da-me, da eludere e da distruggere. Ritiro dal mondo-della-vita come modalità di essere-nel-mondo; ritiro nel corpo come ritiro dal mondo, dalla vergogna dello sguardo altrui, dalla minaccia dell'alterità, da un corpo senza bisogni.

Il controllo sul cibo e sul proprio corpo, così come il perfezionismo, sarebbero quindi tentativi di riacquistare sicurezza e identità in un mondo divenuto sinistramente alieno. Demarcandosi dall'alterità la persona non potrà che sentirsi emotivamente attraverso il corpo. La fame e l'iper-esercizio fisico diventano modi per sentirsi attraverso il corpo e per ritirarsi dall'alterità e

vengono assimilati ad un senso di sé potente, forte, capace e in controllo. Tuttavia questa iperfocalizzazione sul corpo non essendo una modalità storica di sentirsi emotivamente situati, provocherà un senso sbiadito di sé e un vissuto emotivo caratterizzato da vuoto e nullificazione. La stabilità personale derivante da questi modi di essere è solamente temporanea. Anzi, molto presto questa modalità di controllo diventa modalità controllante che distrugge e annichilisce la persona.

Il percorso terapeutico con le persone affette da Anoressia Nervosa è caratterizzato da un elevato tasso di abbandono e non esistono prove empiriche che indichino la miglior efficacia di un trattamento rispetto agli altri. Diversi fattori contribuiscono a rendere la patologia resistente al trattamento. Il fatto che l'anoressia serva a produrre identità, e la conseguente attribuzione di un valore positivo ai propri sintomi fa si che essa venga vissuta come parte integrante del proprio sé e non come una malattia da guarire. Di conseguenza qualsiasi intervento terapeutico esterno verrà percepito come un'intrusione nella propria identità, che è proprio quello che il paziente teme maggiormente. La mancanza di risonanza emotivo-corporea rappresenta un'ulteriore limite per il terapeuta, che fatica a trovare materiale emotivo su cui lavorare.

Occorre pertanto intervenire per permettere alla persona di trovare altre forme di alterità sulle quali co-percepirsi e riposizionarsi, di liberarsi dall'assedio del mondo, dischiudendo così la dimensione dell'avvenire, di percepirsi autore della propria storia invece che attore di un testo scritto. Piuttosto che ridursi a mera sorveglianza e trattamento coercitivo occorre partire dall'analisi fenomenologica di un corpo percepito come inquietante, dall'esperienza corporea che fa la persona, al fine di comprenderne i modi in cui trova il proprio corpo alieno e inquietante. Solo così il corpo verrà rifigurato da ostacolo da superare a veicolo nel mondo e viene ristabilita una nuova e più stabile posizione del rapporto corpo-sé-mondo.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition) DSM-5*. Washington DC, American Psychiatric Publishing.
- Arciero, G. (2006). Sulle tracce di sé. Bollati Boringheri, Torino.
- Arciero, G. and Bondolfi, G. (2009). *Selfhood, identity and personality stiles*. Jhon Wiley & Sons, New York. [trad. it. *Sé, identità e stili di personalità*. Torino, Bollati Boringhieri, 2012].
- Bateson, G. (1984). *Mind and Nature. A Necessary Unity*. [trad. it. *Mente e Natura*. Milano, Adelphi, 2004].
- Binswanger, L. (1958). "The Case of Ellen West. An Anthropological-Clinical. Study" (Binswanger CEW). In Existence: A New Dimension in Psychiatry and Psychology, edited by Rollo, May et al., 237–364. New York: Basic Books.
- Bollnow, O. F. (2009). *Le tonalità emotive*. Milano, Vita e Pensiero.
- Borgna, E. (2002). *L'arcipelago delle emozioni*. Milano, Feltrinelli.
- Borgna, E. (2007). Come in uno specchio oscuramente. Milano, Feltrinelli.
- Brown, M., Loeb, K. L., McGrath, R. E., et al. (2018). *Executive functioning and central coherence in anorexia nervosa: Pilot investigation of a neurocognitive endophenotype*. European Eating Disorders Review.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York, Basic Books.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage the enigma of anorexia nervosa*. London, Harward University.
- Callieri, B. (1993). *Inquadramento antropologico del vissuto corporeo e della sua psicopatologia*. Idee, Volume 23.
- Caro, I. (2009). La ragazza che non voleva crescere. Cairo Publishing.
- Cash, T. F., and Pruzinsky, T. (2002). *Body Image. A Handbook of Theory, Research & Clinical Practice*. New York, Guilford Press.
- Caskey, N. (1985). *Interpreting Anorexia Nervosa*. Semiotic Perspectives, 6, 259-273.
- Castiello, U., Becchio, C., Zoia, S., et al. (2010). *Wired to be social: the ontogeny of human interaction*. PLoS One, 5(10).

- Cerniglia, L., Cimino, S., Tafà, M., et al. (2017). *Family profiles in eating disorders:* family functioning and psychopathology. Psychology research and behavior management, 10, 305.
- Cockell, S. J., Gellar, J., and Linden, W. (2002). *The development of a decisional balance scale for anorexia nervosa*. European Eating Disorders Review, 10, 359–375.
- Dignon, A., Beardsmore, A., Spain, S., and Kuan, A. (2006). *Why I won't eat patient testimony from 15 anorexics concerning the causes of their disorder*. Journal of Health Psychology, 11, 942–956.
- Draghi-Lorenz, R., Reddy, V., and Costall, A. (2001). *Rethinking the development of "nonbasic" emotions: a critical review of existing theories*. Dev. Rev., 21, 263–304.
- Fairburn, C. G., and Harrison, P. J. (2003). *Eating disorders*. The Lancet, 361(9355), 407-416.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., and Welch, S. L. (1999). *Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons*. Archives of general psychiatry, 56(5), 468-476.
- Faravelli, C., Ravaldi, C., Truglia, E., et al. (2006). *Clinical epidemiology of eating disorders: results from the Sesto Fiorentino study*. Psychother Psychosom., 75(6), 376-83.
- Farrell, C., Shafran, R., and Lee, M. (2006). *Empirically Evaluated Treatments for Body Image Disturbance: A Review*. European Eating Disorders Review, 14 (5), 289–300.
- Favaro, A., Ferrara, S, and Santonastaso, P. (2003). *The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample.* Psychosom Med., 65(4), 701-8.
- Ferguson, H. (2009), Self-Identity and Everyday Life. New York, Routledge.
- Fuchs, T. (2013). The phenomenology of affectivity.
- Fuchs, T. (2015). *Pathologies of intersubjectivity in autism and schizophrenia*. Journal of Consciousness Studies, 22(1-2), 191-214.
- Fuchs, T. and Schlimme, J. (2009). *Embodiment and psychopathology: a phenomenological perspective*. Current Opinion in Psychiatry, 22, (6), 570–575.

- Gadamer, H. G. (1963) *Phenomenology*. Critical concepts in philosophy V.
- Gaete M. I., and Fuchs T. (2016). *From Body Image to Emotional Bodily Experience in Eating Disorders*. Journal of Phenomenological Psychology, 47, 17-40
- Galimberti, U. (2003). Il Corpo. Milano, Feltrinelli.
- Galimberti, U. (2009). Psichiatria e fenomenologia. Milano, Feltrinelli.
- Garner, D. M. and Garfinkel, P. E. (1997). *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York, Guilford Press.
- Gulliksen K. S. (2012). *Preferred Therapist Characteristics in Treatment of Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective*. Eat Disord; 45, 932-941.
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., et al. (2000). *Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior*. American Journal of Psychiatry, 157(11), 1799-1805.
- Hamatani, S., Tomotake, M., Takeda, T., et al. (2018). *Impaired central coherence* in patients with anorexia nervosa. Psychiatry Research, 259, 77-80.
- Heidegger, M. (1927). *Sein und Zeit.* Niemeyer Verlag, Tübingen [trad. it. *Essere e tempo.* Milano, Longanesi].
- Hornbacher, M. (2000). Sprecata. Milano, Feltrinelli.
- Husserl, E., and Cairns, D. (1960). *Cartesian meditations: An introduction to phenomenology*. The Hague: M. Nijhoff.
- Jansen, A., Smeets, T., Martijn, C., and Nederkoorn. (2006). *I see what you see: The lack of a self-serving body-image bias in eating disorders*. British Journal of Clinical Psychology, 45 (1), 123–135.
- Kerr-Gaffney, J., Harrison, A. and Tchanturia, K. (2018). *Social anxiety in the eating disorders: a systematic review and meta-analysis*. Psychological Medicine, 1–15.
- King, J. A., Frank, G. K., Thompson, P. M., and Ehrlich, S. (2017). *Structural neuroimaging of anorexia nervosa: future directions in the quest for mechanisms underlying dynamic alterations*. Biological psychiatry.
- Laing, D. (2010). L'Io diviso. Milano, Einaudi.
- Lakoff, G., and Johnson, M. (1999). *Philosophy in the flesh: The embodied mind and its challenge to western thought.* New York, Basic Books.
- Leder, D. (1990). The Absent Body. Chicago, University of Chicago Press.

- Liccione, D. (2011). *Psicoterapia cognitiva neuropsicologica*. Torino, Bollati Boringhieri.
- Malson, H. (1998). *The thin woman. Feminism, post-structuralism and the social psychology of anorexia nervosa*. New York, Routledge.
- Marini, A. (2005). L'esserci dell'altro in Essere e Tempo. L'alterità nell'analitica esistenziale di Martin Heidegger.
- Marucci, S., Ragione, L. D., De, G. I., et al. (2018). *Anorexia Nervosa and Comorbid Psychopathology*. Endocrine, metabolic & immune disorders drug targets.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Fénoménologie de la perception*. Gaillimard, Paris. [trad. it. *Fenomenologia della percezione*. Milano, Bompiani, 2003].
- Merleau-Ponty, M. (1962). *Le visible et l'invisible*, Paris. [trad. it. *Il visibile e l'invisibile*. Milano, Bompiani, 1969].
- Merleau-Ponty, M. (1964). *The Child's relations with others*.
- Milano, W., Tecce, M. F., and Capasso, A. (2017). *The role of endocannabinoids in the control of eating disorders*.
- Miles, A. E., Voineskos, A. N., French, L., and Kaplan, A. S. (2018). *Subcortical volume and cortical surface architecture in women with acute and remitted anorexia nervosa: An exploratory neuroimaging study*. Journal of psychiatric research, 102, 179-185.
- Reddy, V. (2008). *How infants know minds*. Harvard University Press, Cambridge. [trad. it. *Cosa passa per la testa di un bambino*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2010].
- Reid, M., Burr, J., Williams, S., and Hammersley, R. (2008). *Eating disorders patients' views on their disorders and on an outpatients service: A qualitative study.* Journal of Health Psychology, 13, 956–960.
- Renz, J. A., Fisher, M., Vidair, H. B., Hirsch, D., et al. (2017). *Excessive exercise among adolescents with eating disorders: examination of psychological and demographic variables*. International journal of adolescent medicine and health.
- Ricoeur, P. (1990). *Soi-meme comme un autre*. Seuil, Paris. [trad. it. *Sé come un altro*. Milano, Jaca Book, 2005].
- Rochat, P. (2004). The infant's world. Cambridge, Harvard University Press.

- Sartre, J. P. (1943). *L'etre e le néant*. [trad. it. *L'essere e il nulla*. Milano, Il Saggiatore, 1968].
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J., and Sullivan, V. (1999). *Anorexia nervosa: Friend or foe?*. International Journal of Eating Disorders, 25, 177–186.
- Simpson, K. J. (2002). *Anorexia nervosa and culture*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9, 65-71.
- Stanghellini, G., Castellini, G., Brogna, P., Fravelli, C. and Ricca, V. (2012). *Identity* and Eating Disorders (IDEA): A Questionnaire Evaluating Identity and Embodiment in Eating Disorder Patients. Psychopathology, 45, 147–158.
- Strigo, I. A., Matthews, S. C., Simmons, et al. (2013). *Altered insula activation during pain anticipation in individuals recovered from anorexia nervosa:* evidence of interoceptive dysregulation. International Journal of Eating Disorders, 46(1), 23-33.
- Treasure, J., Zipfel, S., Micali, N., et al. (2015). *Anorexia nervosa*. Nature Reviews Disease Primers, 15074.
- Troop, N.A., Holbrey, A., and Treasure, J.L. (1998). Stress, coping and crisis support in eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 24, 157–166.
- Tury, F., Gulec, H., and Kohls, E. (2010). *Assessment methods for eating disorders and body image disorders*. Journal of Psychosomatic Research, 69 (6), 601–611.
- Vattimo, G. (1980). *Introduzione a Heidegger*. Roma-Bari, Laterza.
- Weaver, K., Wuest, J., and Ciliska, D. (2005). *Understanding women's journey from recovering from anorexia nervosa*. Qualitative Health Research, 15, 188–206.
- Williams, S. and Reid, M. (2012). "It's like there are two people in my head": A phenomenological exploration of anorexia nervosa and its relationship to the self. Psychology and Health. Edinburgh, Routledge.
- Williams, S., and Reid, M. (2010). *Understanding the experience of ambivalence in anorexia nervosa: The maintainer's perspective*. Psychology and Health, 25, 551–567.