

Federico Lapetina,
Rosa Trabace

Risvegli emozionali e legami nutritivi

Un percorso di cure integrate
e interattive dei DCA
nel Centro di Chiaromonte

PSICOLOGIA

*Studi
e ricerche*

FrancoAngeli



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Federico Lapetina,
Rosa Trabace

**Risvegli emozionali
e legami nutritivi**

Un percorso di cure integrate
e interattive dei DCA
nel Centro di Chiaromonte

FrancoAngeli

Studi e ricerche

Sentiti ringraziamenti vanno alla Direzione Aziendale dell'ASL 3 di Lagonegro e al Presidente della Regione Basilicata per l'appoggio e la condivisione dell'iniziativa culturale e scientifica intrapresa.

Siamo grati inoltre all'Assessore alla Cultura della Provincia di Potenza, ingegner dottor Giuseppe Telesca, al Sindaco del Comune di Chiaromonte, dottor Luigi Viola e al Sindaco del Comune di Episcopia, dottor Biagio Costanzo, per il contributo economico erogato per la realizzazione della stampa editoriale del libro.

Gli Autori

Chiaromonte, marzo 2009

Grafica della copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2009 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni specificate nel sito www.francoangeli.it

Indice

Prefazione , di <i>Laura Dalla Ragione</i>	pag. 13
1. Un viaggio a Chiaromonte	» 13
2. Un'epidemia moderna	» 14
3. Lo stato dell'arte dell'assistenza in Italia	» 16
4. Comunità e senso di appartenenza...	» 18
Presentazione del direttore generale , di <i>Mario Marra</i>	» 21
Premessa. Il significato e il senso della malattia nella società moderna , di <i>Federico Lapetina</i>	» 23
Introduzione , di <i>Federico Lapetina e Rosa Trabace</i>	» 27
Chiaromonte perché...	» 34

Parte prima

Presupposti teorici e analisi del disturbo

1. La specificità e la complessità del disturbo apparente	» 41
2. La dinamica del disturbo all'interno di una lettura esistenziale e meta-psicologica	» 49
3. Angoscia e conoscenza: un primo contenitore di cura	» 53

4. Il paradigma del corpo	pag. 56
1. La corporalità negata	» 56
2. La sessualità negata	» 60
5. La famiglia disturbata e disturbante	» 63
6. L'efficacia terapeutica: la socializzazione delle competenze, la congruità degli atteggiamenti e la presa in carico del paziente	» 66
7. Le basi neurobiologiche del comportamento alimentare, di Antonio Sanchirico	» 70
8. Il ruolo della medicina complementare nell'approccio e nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare, di Erus Sangiorgi	» 75

Parte seconda
Gli approcci, le tecniche e la metodologia
trattamentale integrata applicata

1. Metodologia educativa e pragmatica della comunicazione, di Damiana Boca	» 91
1. Dal metodo allo stile educativo	» 91
2. I modelli del <i>maternage</i> sociale e della <i>peer advocacy</i>	» 95
3. La progettazione educativa individuale	» 96
4. Il processo comunicativo	» 97
2. La terapia gruppale integrata (T-Group): criteri di organizzazione e strutturazione clinica	» 99
3. I gruppi tematici e gli approcci psicoterapeutici individuali, di Antonio Chiacchio, Ada Nubile e Maria Tosti	» 108
1. Dalla motivazione al cambiamento alla costruzione dei processi di autostima	» 108

2. La conduzione della terapia dello specchio e il diario emotivo	pag. 120
3. La gestione delle emozioni	» 128
4. Il trattamento nutrizionale e l'approccio dietistico, di <i>Antonio Sanchirico, Rossella Bonifacio, Loredana D'Amico e Margherita La Grotta</i>	» 152
5. Il contributo diagnostico e terapeutico delle specialità mediche, di <i>Marco Cigliano, Nicolina La Sala, Maddalena Di Noia, Pasquale Lavitola, Orazio Miro, Rocco Orofino e Maria Romano</i>	» 162
1. Il contributo psichiatrico	» 162
2. Il contributo internistico	» 163
3. L'attività bio-fisiologica	» 168

Parte terza **La vita in residenza**

1. Il sistema organizzativo della residenza e il valore dell'accoglienza	» 173
L'accoglienza, di <i>Antonietta Ammirati</i>	» 183
2. Il ruolo e l'efficacia delle attività integrativo-espressive nel processo trattamentale globale	» 185
3. La teatroterapia nel laboratorio corporeo-espressivo, di <i>Rosanna Magnelli</i>	» 192
1. I principi di riferimento	» 192
2. Obiettivi, contenuti e scansione delle attività di teatroterapia	» 195
3. Metodologia di lavoro	» 197
4. La relazione gruppo-conduttrice	» 199
5. Conclusioni	» 202

4. La lettura e la scrittura creativa , di <i>Rosangela Calluori</i>	pag. 203
5. L'arteterapia e la musicoterapia , di <i>Giovanna Cirigliano e Rosanna Bianco</i>	» 206
1. L'arteterapia	» 206
2. La musicoterapia	» 208
6. Un approccio alla psico-corporalità attraverso lo shiatsu , di <i>Carmelina Lista</i>	» 214
7. Attività e Terapie Assistite con cavalli e asini nella cura dei DCA , di <i>Nicoletta Labanca</i>	» 220
1. La relazione triangolare	» 222
2. Il linguaggio senza parole	» 224
8. “Il giardino dei fiori parlanti”: una performance espressiva realizzata all’interno delle “Officine della Cura”	» 229
1. Gli obiettivi del progetto	» 230
2. La realizzazione del progetto	» 230
9. “Tra il Corpo e la Psiche, lo Spirito”. L’esperienza di un prete tra gli ospiti del Centro , di <i>don Enzo Appella</i>	» 234

Parte quarta **Quando è l’anima che narra...**

1. Un reportage dalla “viva voce” di pazienti, famiglie e operatori , di <i>Damiana Boca</i>	» 241
1. Una memoria storica	» 241
2. Il valore delle persone e delle professioni	» 247
3. Lo spazio delle famiglie e delle relazioni	» 250
4. Noi siamo qui e ora	» 254
5. Sentimento ed emozione	» 256
6. Hanno detto e scritto di noi...	» 261

Postfazione

Il Centro è di tutti , di <i>Vincenzo La Regina</i>	pag. 269
La risonanza e la significatività del Centro nel cuore del Pollino , di <i>Luigi Viola</i>	» 271
Conclusioni , di <i>Federico Lapetina e Rosa Trabace</i>	» 273
Bibliografia	» 275

Quando un uomo cammina incontro al proprio
destino, spesso è costretto a cambiare direzione...

Paolo Coelho

Prefazione

Dove andiamo? Sempre e comunque a casa.

Novalis

Sono arrivata a Chiaromonte, nell'antica Lucania ribattezzata Basilicata, con ogni mezzo: in auto, con pullman notturni, con il treno che costeggia il mare. Un lungo viaggio. E ogni volta la sensazione è quella di arrivare altrove, in un altrove.

Luogo dell'anima, luogo senza tempo dove la globalizzazione non è arrivata e gli uomini e le donne si incontrano nelle "agorà", le piazze che ancora esistono e lì si parlano. Ogni volta durante quel viaggio i pensieri corrono e penso insistentemente di tornare a casa.

Esiste, come dice Marc Augé, un'impossibilità del ritorno al punto di partenza, su cui ci intrattiene la letteratura, l'impossibile ritorno di cui ci parlano l'*Odissea* come *Il Conte di Montecristo*, che presuppone l'oblio di tutto quanto è avvenuto fra il momento della partenza e quello del ritorno. D'altra parte Ulisse ed Edmond Dantes si prestano a interpretare personaggi in cerca di identità, così come uomini e donne di questo nostro mondo faticano a costruire un loro modo di essere nel mondo.

Questi due romanzi, che raccontano nella metafora straordinaria del viaggio quell'andare incontro a se stessi, ci introducono al grande tema del riconoscersi come appartenenti a un mondo.

Esistono luoghi dove ci sente a casa comunque, anche se in quei luoghi non ci siamo nati o non ci sono tracce delle nostre origini.

La casa non è il luogo dove abitiamo ma quella dove ci sentiamo accolti, dove riposa il nostro cuore. La Basilicata è per me oggi uno di questi luoghi.

1. Un viaggio a Chiaromonte

Nel 2005 Mario Marra direttore generale dell'ASL 3 di Lagonegro della Basilicata decide nell'ambito della riconversione dei piccoli ospedali

di utilizzare una parte dell'Ospedale di Chiaromonte, un piccolo Paese nel cuore del Pollino, per costruire un centro interamente dedicato al trattamento dei disturbi del comportamento alimentare. È rimasto colpito da una madre lucana, che nel tentativo di fare curare la figlia ammalata di anoressia è arrivata persino in Svizzera, facendo debiti per cercare di salvare la propria creatura. Vestita di nero e con la dignità di un dolore antico arriva al direttore Marra e chiede aiuto. Improvvisamente si affaccia nella mente illuminata di un uomo abituato a risolvere problemi pratici e insieme complessi come quelli della sanità. Il pensiero che esiste una nuova patologia, moderna, che si diffonde attraverso la modificazione della cultura del cibo e del corpo. Anche in Basilicata, dove ancora fare il pane in casa non è una stranezza, esistono ragazze e ragazzi che quel pane lo rifiutano.

Invia una piccola delegazione a Todi (Rosa Trabace e Federico Lapetina) dove dal 2003 è attivo un Centro pubblico residenziale per i disturbi del comportamento alimentare Palazzo Francisci, la cui frase ispiratrice è la frase di Plotino "L'anima ha bisogno di un luogo".

E mi chiede di provare a replicare quel modello in una realtà completamente diversa, a Chiaromonte, un Paese immerso nel meraviglioso parco del Pollino.

Era una sfida straordinaria perché avevo l'opportunità di realizzare una struttura analoga a quella che avevo creato alcuni anni prima a Todi in un luogo completamente diverso. Di capire se quel sogno realizzato a Todi, dentro una comunità coesa e solida, potesse essere replicabile altrove.

C'era inoltre anche il senso che avevamo dato alla realizzazione del Centro di Todi, che dal 2003 era diventato progressivamente punto di riferimento per tante persone ammalate in Italia. Volevamo che questa esperienza realizzata in una piccola regione come l'Umbria potesse costituire un esempio replicabile in tante regioni dove non esistevano livelli di assistenza con tutti i disagi che questo significava.

La Basilicata, regione con una storia così diversa eppure con qualche significativa somiglianza, aveva raccolto la sfida e nel giro di un anno, dalla fase di progettazione iniziata nel settembre 2005 si arriva (attraverso un lavoro di formazione del gruppo di lavoro) nell'agosto 2006 all'apertura del centro residenziale.

2. Un'epidemia moderna

I disturbi del comportamento alimentare costituiscono oggi una delle emergenze sanitarie più preoccupanti dell'emisfero occidentale. La diffu-

sione della patologia ha una rapidità e una rilevanza sconcertanti, non si ha alcun altro esempio di malattia psichiatrica con una simile propagazione e con le caratteristiche di una vera e propria epidemia sociale. Si tratta del primo fenomeno di malattia globalizzata, legata a ciò che comunemente viene definito come modernità, che si espande a macchia d'olio in concomitanza al diffondersi di modelli, stili di vita, cultura del corpo.

È stato affermato più volte che ogni epoca storica tende a privilegiare una determinata malattia (la tisi nell'Ottocento, la sifilide nel Settecento) che tende a diventare l'immagine metaforica di una determinata società, di un determinato mondo. Non c'è dubbio che il disturbo del comportamento alimentare per i suoi legami con l'identità corporea, mai come in questa epoca connessa con la sicurezza del Sé, con il cibo, amico e nemico, abbondanza e mancanza nello stesso tempo, con l'ossessiva declinazione dell'apparenza, con la sofisticata capacità di evolvere e mimetizzarsi che ricorda quella dei virus, si presti a rappresentare ed esprimere molti dei grandi temi, paure e contraddizioni della nostra epoca.

Queste patologie ci introducono infatti dentro alcune delle contraddizioni più inquietanti del nostro tempo. Non solo nell'illusione che la magrezza sia garanzia di felicità e sicurezza di sé, ma che la lontananza dal corpo, la manipolazione estrema, la perdita dei confini dell'identità corporea, ci portino a un'idea di un corpo-macchina da smontare e rimontare, con un disinvestimento drammatico nei confronti di ciò che è vivo, e del corpo come involucro dell'anima. Non si devono confondere, però, gli effetti patoplastici della cultura, quelli cioè che modellano la forma che prendono i sintomi, con i processi patogenetici, quelli che provocano le malattie. L'attenzione estrema all'immagine corporea, il culto della magrezza non sono "la causa" dei disturbi alimentari. La loro funzione sembra soprattutto quella di suggerire la strada attraverso la quale un malessere più profondo, grave, strutturale, si esprime e cerca una sua risoluzione.

La forma che una patologia può assumere in un dato periodo storico è sicuramente sottoposta alle trasformazioni che questa epoca esprime. La declinazione della sofferenza è dettata da trasformazioni culturali ed è intimamente collegata alle nuove forme del disagio e alla loro evoluzione.

I disturbi del rapporto dell'uomo con il cibo e l'alimentazione sono stati descritti anche in epoche remote. Ma è solo nel Novecento, in una parte limitata del mondo, che si è presentato il problema di amministrare un'offerta di cibo sovrabbondante e seduttiva e che il problema alimentare si lega indissolubilmente all'immagine del corpo.

Nelle società industriali avanzate un numero sempre più elevato di individui, soprattutto donne, dedica grande attenzione e preoccupazione al

controllo del peso e dell'immagine per mezzo di diete, esercizio fisico e altri comportamenti, più o meno nocivi.

Il fenomeno disegna lo sfondo sul quale va collocato e interpretato il progressivo aumento dei disturbi del comportamento alimentare.

È questa una malattia moderna, nel senso d'incarnare la crisi della soggettività, che nella modernità ha raggiunto il centro della sua messa in discussione. Il concetto monolitico d'identità compiuta, risolta nel suo darsi è contraddetto dalla multiformità degli aspetti attraverso i quali il disturbo si risolve. Se quindi nel moderno, la configurazione della soggettività si impoverisce in termini teoretici, si accresce in termini estetici. Di maschera in maschera, il suo esito è in questa deriva che il controllo sul proprio corpo mostra. L'autore è il controllore, colui che riesce a modellare l'immagine esterna con quella interna. Il problema si sposta sulle immagini che questa identità produce, i limiti tra mondo esterno e interno divengono sempre più sfumati. La dispercezione, una delle caratteristiche del disturbo, rivela come la propria fisicità dia luogo a un immaginario distorto.

Ma la base psichica che fonda il disturbo è questa idea onnipotente di controllare corpo, emozioni e anima, che viene rinforzata dalla reale possibilità, qui e ora, di farlo e dal consenso etico condiviso dal mondo globale. Paradossalmente le biotecnologie hanno dilatato il meccanicismo cartesiano e la scissione mente-corpo ha oggi un'ulteriore specificazione. Gli organi non sono parti di un tutto, ma hanno un loro valore in sé. Si possono combinare, sezionare, donare, commerciare, dare in prestito.

Tutto quello che accade e non era mai accaduto ci apre a pensieri e a desideri sconosciuti. Gli embrioni e le cellule staminali, gli OGM e i cloni della pecora Dolly, i robot antropomorfi e le esperienze di trapianto non sono così lontani da ciò che sta accadendo a milioni di giovani che decidono di manipolare il corpo, come se fosse inanimato, di trasformarlo come se fosse virtuale. È questo retroterra, più che il semplice modello della magrezza come garanzia della felicità, a dare nutrimento a questo disturbo, a renderlo così potente e diffusivo.

Nell'uomo c'è quasi una tentazione permanente di funzionare come le macchine che egli ha creato. E scompare, dall'universo mentale occidentale, l'idea che il corpo sia qualcosa di più che l'assemblaggio di parti distinte.

3. Lo stato dell'arte dell'assistenza in Italia

Nel 1998, la "Commissione di Studio del Ministero della Sanità per l'Assistenza ai pazienti affetti da Anoressia e Bulimia Nervosa" aveva

pubblicato alcune indicazioni specifiche in merito al trattamento di questi disturbi. Esse concepivano la terapia dei DCA in termini interdisciplinari e integrati. Erano perciò necessarie strutture di cura, in cui collaborassero sistematicamente figure professionali diverse, privilegiando, senza mai escludere l'altro, il versante somatico o psichico a seconda delle fasi della malattia.

La stessa Commissione ipotizzava un modello organizzativo tecnico secondo una rete di assistenza articolata in quattro livelli di trattamento, in base alla gravità e alle caratteristiche della paziente: l'ambulatorio come primo filtro e comunque terapia d'elezione nella maggior parte dei casi; il day hospital come livello di intervento più intensivo con la possibilità dei pasti assistiti; il ricovero in urgenza qualora le condizioni cliniche fossero critiche e instabili; il ricovero riabilitativo in ambiente extraospedaliero per periodi da tre a cinque mesi, e quindi immaginando uno spazio di vita dove potere svolgere tale percorso.

Da allora le regioni si sono mosse, non tutte né con uguale passo. Ma in questi dieci anni nessuno si è preoccupato di conoscere quale evoluzione abbia avuto la sanità pubblica nel settore, nessun monitoraggio è stato fatto per verificare la traduzione concreta di quelle linee sui territori. Questo a fronte di un disturbo con basi psicopatologiche che dilaga e domina in maniera ossessiva le azioni di tanti giovani: i dati ministeriali più recenti di cui disponiamo dicono che 2 milioni di ragazzi in Italia ne soffrono e decine di milioni nel mondo si ammalano ogni anno. Ogni 100 ragazze tra i 12 e i 25 anni, 10 soffrono di qualche disturbo collegato all'alimentazione, 1-2 delle forme più gravi come anoressia e bulimia. Dati, peraltro, che sottostimano il fenomeno, poiché si riferiscono a quasi dieci anni fa e non tengono conto né dei maschi né delle donne over 25.

La discrepanza tra regione e regione è molto alta ed esistono intere regioni, soprattutto al Sud dell'Italia, dove non è garantito alcun livello di assistenza.

La realizzazione dunque del Centro di Chiaromonte in Basilicata ha un significato duplice: da una parte coprire un vuoto assistenziale in una posizione strategica facilmente accessibile da tutte le Regioni del Sud e dall'altra costituire un centro d'eccellenza nel Sistema Sanitario Nazionale, come esempio di buona sanità.

Il significato scientifico e nello stesso tempo di politica sanitaria appropriata nella strutturazione del Servizio di Chiaromonte è stato evidentissimo, dal 2008 è infatti diventato centro di riferimento regionale e dallo stesso anno è stato inserito tra i cinque centri di eccellenza per la ricerca multicentrica del Ministero della Salute "Le Buone Pratiche di Cura nel Tratta-

mento e nella Prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare” che avrà come obiettivi nel biennio 2008-2010 un’attività di sorveglianza e monitoraggio della patologia in Italia, di mettere a punto una mappa dei servizi dedicati al trattamento di tali patologie, di aggiornare le linee guida nazionali del 1998.

4. Comunità e senso di appartenenza...

Ma questa esperienza racconta anche di una straordinaria comunità (quella di Chiaromonte, quella dell’ASL 3 di Lagonegro, quella di un’intera regione) che a cerchi concentrici e sempre più allargati ha costruito un modello di terapia dove la vita e la cura non sono mai disgiunte, dove viene definito luogo antropologico della cura, che si occupasse cioè della persona e non della malattia.

Certamente il passaggio da spazio a luogo di cura è un processo complesso, che attiene non solo all’architettura ma soprattutto alle relazioni tra gli uomini ed è quindi luogo antropologico o, come direbbe Augé, simultaneamente principio di senso per coloro che lo abitano e principio di intelligibilità per coloro che l’osservano.

Non posso non pensare, che questi luoghi a misura d’uomo abbiano contribuito a creare quello spazio di cura, ma nello stesso tempo di relazione e appartenenza a una comunità, che costituisce, in fondo, la base fondativa di ogni identità. Per la creazione di questo progetto si sono mobilitati in tanti, amministratori e operatori, ma anche tante persone comuni, che hanno percepito che questa complessa operazione aveva bisogno del sostegno, della cornice più allargata di un mondo intorno.

Non posso non sottolineare il ruolo che la Chiesa lucana, nel suo radicamento forte con la Comunità ha avuto anche in questo passaggio con azioni e preghiere.

È difficile dimenticare il giorno in cui il Centro di Chiaromonte venne inaugurato con una festa che coinvolse tutto il Paese di 2000 persone con il sindaco Luigi Viola, che aveva appoggiato con ogni risorsa possibile la realizzazione di questo progetto.

Uno degli obiettivi era quello di non essere un luogo isolato dal resto della comunità. E la comunità ha risposto. La presa in carico dei pazienti comprende tante piccole grandi cose, che creano una cornice protettiva anche per le famiglie, spesso stremate da mesi di spostamenti improduttivi da una parte all’altra dell’Italia. Torniamo quindi a parlare di riabilitazione come processo che implica un’apertura di spazi negoziali per il paziente,

per la sua famiglia, per la comunità circostante e per i servizi che del paziente si occupano: “Soggetto morale”, scrive il sociologo Ivan Cavicchi, la comunità rappresenta una capacità sociale di realizzare la solidarietà, una disposizione razionale nei confronti della malattia e della sofferenza, un’attitudine pragmatica nei confronti dei problemi e pertanto una risorsa utilitaria basata su un sentimento di appartenenza.

Nel 1958, il Paese di Chiaromonte fornì all’antropologo statunitense Edward Banfield i materiali per un saggio, *Le basi morali di una società arretrata*, divenuto famoso per una formula fin troppo fortunata, “familismo amorale”.

Suona quindi come un felice paradosso che “Montegrano” (come Banfield ribattezzò nel suo studio Chiaromonte), emblema dell’arretratezza e dell’inerzia meridionale, ospiti da circa un anno una struttura di riferimento, nel nostro Paese e anche all’estero, per i disturbi del comportamento alimentare: il primo centro residenziale pubblico di cura del Mezzogiorno e il secondo in tutta Italia dopo l’esperienza pilota di Palazzo Francisci a Todi. Ma forse di paradosso si tratta solo in parte.

L’esperienza del Centro Giovanni Gioia ci mostra che la comunità, all’interno della quale ogni spazio di cura è collocato, può rivelarsi un’inesauribile fonte di risorse esistenti e potenziali, materiali e umane. Soprattutto in un luogo come questo, dove la capacità e i tempi dell’ascolto sono di certo ancora oggi più elevati, rispetto quelli di realtà più evolute ma anche più disumanizzate.

La comunità è dunque tutto ciò che il Servizio non è e con cui può entrare in relazione, riconnettendo la patologia alla biografia, restituendo senso a quella zona oscura dell’esistenza che viene chiamata malattia. Lo spazio della cura si trasforma così in uno spazio della vita e la vita contiene sempre e comunque una speranza di salvezza.

Laura Dalla Ragione