

ABA Associazione per lo studio e la ricerca  
sull'anoressia, la bulimia, i disordini alimentari e l'obesità

# L'ESPERIENZA CLINICA IN ABA

Ricerca e trattamento dei disturbi  
del comportamento alimentare

a cura di  
Alessandro Raggi e Giuliana Mittiga

Prefazione di  
Fabiola De Clercq e Dora Aliprandi



**FrancoAngeli**

## Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



*Collana ABA*

Direzione: Fabiola De Clercq, Alessandro Raggi, Dora Aliprandi

Questa collana ospita contributi teorici prodotti nell'ambito dell'esperienza clinica e delle attività scientifiche dell'ABA (Associazione per lo studio e la ricerca sull'anoressia, la bulimia, i disturbi alimentari e l'obesità).

Il modello ABA di stampo psicodinamico, operante nel campo della cura dei disturbi alimentari da più di vent'anni, offre una cornice teorica e un orientamento clinico focalizzato sull'individuo.

Cosa domanda la persona attraverso la sua sofferenza? Cosa racconta il suo corpo traumatizzato? Come può essere accolta la richiesta di aiuto iscritta nella compulsione di un agire legato al cibo, richiesta talvolta negata, talvolta agita sull'urgenza? Quale lavoro preliminare può essere offerto? Quale ascolto per il contesto familiare? Quale progetto terapeutico può essere proposto per il trattamento clinico dei disturbi alimentari?

In un contesto di cura contemporaneo dove i protocolli hanno mostrato tutto il loro limite e la loro fallacità, questa collana raccoglie contributi guidati da domande teorico-cliniche fondamentali, che non pretendono né desiderano saturare o protocollare, bensì proporre un modello di intervento che rispetti la complessità e l'unicità dell'essere umano.



ABA Associazione per lo studio e la ricerca  
sull'anoressia, la bulimia, i disordini alimentari e l'obesità

# **L'ESPERIENZA CLINICA IN ABA**

Ricerca e trattamento dei disturbi  
del comportamento alimentare

a cura di  
Alessandro Raggi e Giuliana Mittiga

Prefazione di  
Fabiola De Clercq e Dora Aliprandi

**FrancoAngeli**

Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini

Copyright © 2018 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 della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it)*

## INDICE

<b>Autori</b>	pag.	7
<b>Prefazione</b> , di <i>Fabiola De Clercq e Dora Aliprandi</i>	»	9
<b>Le giostre della vita</b> , di <i>Fabiola De Clercq</i>	»	13
<b>Disturbi del comportamento alimentare tra passato e futuro</b> , di <i>Leonardo Mendolicchio e Emanuela Apicella</i>	»	21
<b>Connessioni dissociate: tra trauma, dissociazione e DCA</b> , di <i>Alessia Raffaeli, Luigi Cabua, Paola Viola e Luisa Antonangeli</i>	»	25
<b>Il trauma e i disturbi alimentari: riflessioni a partire da un caso clinico</b> , di <i>Dora Aliprandi</i>	»	39
<b>Auto-distruttività al femminile: riflessioni sul fenomeno anoressico-bulimico a partire da un caso clinico</b> , di <i>Nikla Bene</i>	»	59
<b>Anoressia-bulimia e personalità: un'indagine esplorativa</b> , di <i>Annabella Guetta, Francesco Palumbo e Alessandro Raggi</i>	»	84
<b>Cure interrotte</b> , di <i>Alessandro Raggi, Giuliana Mittiga e Laura Castaldo</i>	»	105
<b>Disturbi alimentari e sport. Quando la pratica sportiva diventa un contesto di rischio</b> , di <i>Giulia Balzano, Ilaria Giordani e Silvia Loi</i>	»	123

**L'era di Pollicina. Genitori, figli della società,** di *Arianna D'Acuti* pag. 135

**Il lavoro con i genitori in una istituzione per le patologie alimentari,** di *Giuliana Grando e Elena Mondello* » 143

## AUTORI

*Alessandro Raggi*, Psicologo Psicoterapeuta Psicoanalista, responsabile del Centro ABA di Napoli, responsabile organizzazione Centri ABA-Villa Miralago, Vice Direttore presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Analitica “AION”.

*Giuliana Mittiga*, Psicologa Psicodiagnosta in ambito Clinico e Peritale, Psicologa del Centro ABA di Napoli, specializzanda presso l’“ISDSF” - Istituto Superiore di Studi Freudiani.

*Dora Aliprandi*, Psicologa Psicoterapeuta Psicoanalista presso il Centro ABA di Milano, Socio “SIPRe” - Società Italiana Psicoanalisi della Relazione.

*Luisa Antonangeli*, laureata in Psicologia Clinica, Tirocinante presso il Centro ABA di Ancona.

*Emanuela Apicella*, Medico Psichiatra presso il Centro ABA di Milano e presso “Villa Miralago” - Centro Cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

*Giulia Balzano*, Psicologa Psicoterapeuta presso il Centro ABA di Roma, specialista nel lavoro con adolescenti e giovani adulti.

*Nikla Bene*, Psicologa Psicoterapeuta della Gestalt presso il Centro ABA di Napoli, specialista dell’età evolutiva.

*Luigi Cabua*, Psicologo Psicoterapeuta, Coordinatore del Centro ABA di Ancona, socio dell’“IIPG” - Istituto Italiano di Psicanalisi di Gruppo, Cultore della Materia in Etnopsicopatologia all’Università degli studi di Urbino “Carlo Bo”.

*Laura Castaldo*, Psicologa in ambito Clinico presso il Centro ABA di Napoli, specializzanda presso l’“IRPA” - Istituto di Ricerca di Psicoanalisi Applicata.

*Arianna D’Acuti*, laureata in Psicologia Clinica, Tirocinante presso il Centro ABA di Roma.

- Fabiola De Clercq*, scrittrice, fondatrice e presidente di ABA (Associazione per lo studio e la ricerca sull'anoressia, la bulimia, l'obesità e i disturbi alimentari).
- Ilaria Giordani*, Psicologa Psicoterapeuta presso il Centro ABA di Roma, specialista nel lavoro con adolescenti e giovani adulti.
- Giuliana Grando*, Psicologa Psicoterapeuta e Psicoanalista, Responsabile del Centro ABA di Venezia, Membro della Scuola Lacaniana di Psicoanalisi e dell'Associazione Mondiale di Psicoanalisi, Docente presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia "Istituto Freudiano".
- Annabella Guetta*, Psicologa, specializzanda presso l'"IMEPS" - Istituto di Medicina e Psicologia Sistemica.
- Silvia Loi*, Psicologa Psicoterapeuta presso il Centro ABA di Roma.
- Leonardo Mendolicchio*, Psichiatra Psicoanalista, Membro della Scuola Lacaniana di Psicoanalisi, Direttore Scientifico ABA, Direttore "Villa Miralago" - Centro Cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare, Vicepresidente "SIRIDAP" Onlus - Società Italiana di Riabilitazione Interdisciplinare Disturbi Alimentari e del Peso.
- Elena Mondello*, Psicologa Psicoterapeuta presso il Centro ABA di Venezia.
- Francesco Palumbo*, Professore Universitario Ordinario di Statistica e Coordinatore del Dipartimento degli Studi Umanistici (CdL Scienze e Tecniche Psicologiche e LM Psicologia Clinica) dell'Università degli studi di Napoli "Federico II".
- Alessia Raffaelli*, Psicologa Psicoterapeuta presso il Centro ABA di Ancona, precedentemente Cultrice della Materia in Psicologia delle dipendenze all'Università degli studi di Urbino "Carlo Bo", collaboratrice del Dipartimento Dipendenze di Civitanova Marche e dell'U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica ASUR Marche Area Vasta 3.
- Paola Viola*, Psicologa in ambito Clinico presso il Centro ABA di Ancona, collaboratrice presso la cattedra di Psicologia Generale e la cattedra di Storia della Psicologia dell'Università degli studi di Urbino "Carlo Bo", e specializzanda presso l'"IIPG" - Istituto Italiano Psicoanalisi di Gruppo.

## PREFAZIONE

di *Fabiola De Clercq e Dora Aliprandi*

Nell'ottobre del 1990 viene pubblicato dalla casa editrice Bompiani il libro autobiografico *Tutto il pane del mondo*, in cui Fabiola De Clercq racconta la sua sofferenza di vent'anni vissuti tra anoressia e bulimia. Un libro diventato nel giro di un mese primo nelle classifiche dei best-seller, tradotto in nove lingue. Fino al momento in cui Fabiola sceglie di scrivere il racconto della sua malattia, non si trovano in Italia riferimenti in cui una persona sofferente possa sapere qualcosa del proprio disagio e formulare una domanda di cura. L'anoressia e la bulimia, al tempo, non sono ancora state nominate. Se una malattia non ha nome, questa non esiste; così ad esempio è successo ad altri fenomeni come la tossicodipendenza negli anni settanta. Nell'intento di dar nome alla sofferenza anoressico-bulimica, Fabiola ha ritenuto che la via più diretta fosse quella della scrittura, del racconto del dolore e dell'incontro con la cura. In pochi giorni *Tutto il pane del mondo* tocca migliaia di donne che si riconoscono in questo testo: il libro promuove un movimento spontaneo nella stampa e nelle reti televisive che lo sostengono e divulgano con ritmi incalzanti. Richieste di aiuto provenienti da tutte le regioni di Italia giungono a Fabiola, che decide di ricevere molte lettrici. La loro sofferenza è, nei primi racconti, un vizio imperdonabile, una maledizione, una colpa inconfessabile, qualcosa che da lunedì avrebbero cercato di eliminare con la volontà oppure con strategie che si perdono in qualche ora. Nell'aprile del 1991, sei mesi dopo la pubblicazione del libro, Fabiola decide di fondare ABA, Associazione per lo studio e la ricerca sull'anoressia, la bulimia e i disordini alimentari, e di chiamare professionisti che possano occuparsi della sofferenza di queste persone. In più di venticinque anni sono state migliaia le persone che si sono rivolte ad ABA, portatori di una sofferenza propria o desiderosi di aiutare affetti in difficoltà (genitori, figli, compagni, nonni ecc.). Hanno varcato e varcano la soglia di ABA nel desiderio di poter dar voce e trovare una cura allo star male.

In venticinque anni di attività clinica e di ricerca molto è cambiato: le persone che incontriamo portano sofferenze sempre più complesse e diversificate. Stanno male in modi che coinvolgono sempre più sostanze: cibo, ma anche alcool, droga. Il corpo diviene strumento per esprimere il dolore non più soltanto attraverso digiuni o vomiti, ma anche condotte auto lesive di altro genere, come il tagliarsi. Lo scenario è cambiato. Ci troviamo a che fare, in questi ultimi anni, con un contesto dove lo star male viene talvolta normalizzato, dove l'anoressia e la bulimia non fanno più audience, anzi, in alcuni casi, vengono perfino socialmente sostenute. Basti pensare al fenomeno della ortoressia: dietro al dogma del mangiare sano perché «fa bene alla salute, lo dicono tutti», con il benessere della famiglia, di medici e di amici ci si riempie la mente di cibo per non pensare ad altro. Per potersi far ascoltare nel proprio dolore dagli altri, ma anche paradossalmente da se stessa, la persona non può far altro che “alzare il tiro”, il cibo non basta più. Per farsi ascoltare bisogna urlare più forte. In venticinque anni sono cambiate le storie, gli scenari famigliari, gli operatori, ma ci sono delle costanti essenziali che compongono le impronte digitali di ABA. Innanzitutto, si impara dai pazienti. Da ciò che raccontano, da quello che non dicono, da ciò che portano iscritto nel corpo martoriato. Tutte le teorizzazioni che sono state proposte, e che sono state modificate e riviste nel tempo, sono sempre state elaborate a partire dalla *clinica*: ovvero, l'ascolto attento della persona. Ciò, ha contraddistinto l'atto fondativo di ABA: è nata da una storia, la storia di Fabiola. Non è una nascita imposta dall'alto, ma nata da un desiderio.

Cosa hanno insegnato, e tuttora trasmettono, le persone che si rivolgono a noi? Innanzitutto il sintomo alimentare, se lo vogliamo chiamare così, rappresenta un tentativo di soluzione, di trattare l'indicibile e l'impensabile. Non è il problema, non è l'interrogativo a cui trovare soluzione, bensì il farmaco a un dolore ancora non esprimibile in altro modo. Le persone si sono organizzate intorno all'assioma cibo-corpo-peso come unico modo a loro disposizione per sopravvivere. Nella nostra esperienza, gli approcci di cura possono funzionare solo se si parte da questo punto: non è l'appetito ad essere malato, non è la dieta o il comportamento alimentare corretto da insegnare, ma è il dolore coperto da ciò che bisogna ascoltare e trattare, dolore senza il quale non ci sarebbe bisogno di quel farmaco lì. L'esperienza di venticinque anni ci ha insegnato che il dolore iscritto nel corpo è spesso legato a una dimensione traumatica. Si parla di abusi sessuali, violenze fisiche, violenza assistita, ma anche di abusi emotivi e violenze verbali difficili da riconoscere. Legami in cui la persona ha sentito o vissuto la minaccia alla propria integrità fisica o a quelle di chi ama, in cui ha sentito il proprio corpo farsi oggetto nelle mani di un altro, attraverso lo sguardo di una madre, attraverso il comportamento sregolato di un genitore

o di una persona appartenente alla stretta cerchia di amicizie di famiglia. Legami in cui il corpo non è stato riconosciuto, accolto, dando la possibilità alla persona di simbolizzarlo. Un corpo, spesso, violato. La persona è resa oggetto attraverso comportamenti, sguardi, parole. Si tratta spesso di un trauma accaduto in contesti con scarsa presenza di fattori protettivi, contesti di per sé traumatici. Esperienze traumatiche che sono state significate dalla persona come *non valore di sé*, inadeguatezza soggettiva, come colpa dell'*esserselo andati a cercare*. Traumi subiti, o non elaborati, che passano tra le generazioni, per cui i figli nei loro sintomi portano tutto questo. Esperienze che hanno inciso nella concezione del proprio femminile o maschile, delle proprie relazioni. Esperienze non elaborate che influenzano ancora le scelte delle persone che, guarda caso, si trovano a vivere relazioni con persone violente, o in cui vige il non rispetto, situazioni lavorative di mobbing, ecc.

Nella clinica ABA si è sempre pensato al corpo. Alcuni approcci cercano di *cosificarlo*, misurarlo, ingaggiare talvolta un braccio di ferro che vede per forza perdenti i curanti perché vanno a giocare la partita nel terreno di battaglia in cui la persona che soffre ha il suo impero di regole e tabelle. Noi trattiamo il corpo, nelle nostre terapie, lavorando sul trauma. Qualsiasi intervento, anche dal punto di vista medico, è pensato in questa cornice. Lavoriamo su *come* le persone hanno soggettivato il trauma, la propria storia, e fanno da sé abusi sul proprio corpo (vomito, comportamenti sessuali sregolati, ecc.) come tentativo di trattare e padroneggiare le esperienze traumatiche, l'indicibile. In quest'ottica c'è un primo tempo di elaborazione del trauma che pensiamo sia imprescindibile nel trattamento dei disturbi alimentari.

Ciò che ha contraddistinto ABA in venticinque anni, in tutte le sue sedi sparse per l'Italia, da Milano a Roma, a Napoli, a Venezia, è stato il concetto di *casa*. L'associazione ABA è un luogo accudito e curato come una casa. L'incontro avviene con un luogo in grado di accogliere l'individuo nella sua unicità, con le sue fatiche, i suoi dolori e i suoi talenti. Un luogo che non offre in maniera protocollare la stessa *pappa* a tutti indistintamente, ma che pone attenzione alle singole storie nascoste dietro la sofferenza anoressico-bulimica. Entrando, le persone raccontano la sensazione di non sentirsi più sole perché incontrano altre persone sofferenti e un luogo in grado di nominare il loro dolore. Di non essere misurate, pesate, ma anzitutto ascoltate. La sensazione prevalente che riportano le persone è quella di sentirsi accolte in un'atmosfera calda. Alle pareti ci sono articoli, foto, cartoline, sia di pazienti che di operatori. Si riconosce anche dal luogo *il clima ABA*.

Un altro punto di forza in venticinque anni di ABA è l'équipe. Le persone che compongono l'équipe dei vari centri in tutta Italia sono scelte da Fa-

biola: si tratta di professionisti che studiano e si occupano dei disturbi del comportamento alimentare da anni, che hanno un'importante esperienza clinica e scientifica nel campo. Professionisti di orientamenti psicodinamici differenti, attraversati da teorie e pensieri diversi, che si interfacciano tra loro in maniera creativa. Professionisti scelti e accomunati da un'attenzione alla persona, alle sue specifiche impronte digitali, al suo dolore e alle sue risorse. Professionisti che pongono attenzione alla relazione di cura con la persona sofferente. Per usare un'immagine, si può pensare all'équipe come a una orchestra di cui Fabiola è la curatrice, la garante e la direttrice, e ciascuno suona il proprio strumento. Ognuno ha il proprio suono, che entra e confluisce nell'armonia, poi, della sinfonia dell'intera orchestra.

In questo testo viene raccolta una sinfonia: articoli scritti da diversi terapeuti ABA che, nel rispetto delle differenze e delle loro unicità, fanno emergere in modo armonico il pensiero dell'associazione.

## LE GIOSTRE DELLA VITA

di *Fabiola De Clercq*

Le persone danneggiate sono pericolose: sanno di poter sopravvivere [...] non hanno pietà, sanno che gli altri possono sopravvivere, come loro.

Omertà, bugie, falsità, un circo di vite che, spesso improbabili, che girano come su una giostra dalla quale non si può più scendere. È così che molte, troppe persone, si giocano la propria vita.

Nata in Belgio, sono abituata culturalmente a chiamare le cose con il proprio nome. Questo spesso crea stupore nelle persone che non mi conoscono. È essenziale dare un nome alle cose altrimenti queste non esistono. La scrittura del mio primo libro *Tutto il pane del mondo* è stato il modo che ho scelto per dare un nome a gravi patologie chiuse in un cerchio di omertà inquietante.

L'anoressia affascina e terrorizza tutti, curanti e famiglie, al punto tale da negarne la gravità. La morte incarnata dalla persona che soffre di anoressia allontana, respinge, angoschia tutti. Il corpo magro parla senza parole. È nella solitudine più totale che si declina il cancro della bulimia, oggi quasi sempre presente nei casi di anoressia. La mia storia, scritta in solo venti giorni dopo oltre vent'anni di terapia psicoanalitica, muove le coscienze in pochi giorni. Attraverso la prima presentazione in televisione, le donne italiane scoprono di essere gravemente ammalate e di non avere uno strano vizio. In una sola settimana vengono vendute 900 copie di *Tutto il pane del mondo*. La bulimia in particolare viene nominata per la prima volta in questo paese. Ricevo, infatti, centinaia, migliaia di telefonate e di lettere in cui le persone mi raccontano la devastazione, l'impatto mortifero che queste patologie hanno sulle loro vite. Queste persone escono dalla certezza di essere le sole ad essere cadute in questa atroce dipendenza. La ricerca affannosa del cibo nella bulimia, così come il pensarlo tutto il giorno, e spesso anche la notte, senza assumerlo nell'anoressia, rende queste persone ostaggi del cibo-corpo-peso. Se le storie di ciascuna sono diverse, i maltrattamenti e gli abusi vengono raccontati con la stessa vergogna, dolore, smarrimento e enormi sensi di colpa. La rivelazione del trauma di abusi e maltrattamenti è la cosa che ammutolisce, strazia, scava il corpo.

I primi gruppi che fondo a Roma, prima di trasferirmi a Milano, a ridosso della pubblicazione di *Tutto il pane del mondo*, hanno lo stesso denominatore comune: i maltrattamenti e gli abusi. Anche nella fondazione dei gruppi milanesi si ripete la stessa evidenza. Un'evidenza che nessuno ha mai rilevato nell'approccio con queste persone e i loro sintomi. Non mi è mai capitato, infatti, di sentirle nominare, in un qualsiasi aspetto, i loro sintomi. Mangiare, vomitare, pesarsi, essere in sovrappeso come essere gravemente sottopeso, non sono mai state le questioni nominate nei gruppi ABA.

L'ABA, fondata nel 1991, inizia a lavorare su un assunto di base diverso da quello del mangiare tutto o mangiare niente, sono le emozioni, la paura, la solitudine, l'angoscia, il non sentirsi altro che uno scarto dell'umanità, a installarsi nei discorsi dei gruppi. È la possibilità di restituire la parola a queste persone, di mettere delle parole sui loro tormenti, che sposta, in un tempo relativamente breve, ciò che spinge il soggetto a fare una scelta anoressico-bulimica. La passione del distacco, del disprezzo, dell'essere state trattate come un oggetto, vittime di abusi di potere da parte del lupo che abita sotto mentite spoglie nelle loro stesse case. Quasi tutte queste persone ammalate di paure hanno lasciato andare queste malsane condotte, queste condotte contro natura, quando hanno incontrato altro. Hanno incontrato il valore inestimabile di una relazione buona, non più inquinata da bugie, non detti, uscendo da un'omertà vergognosa. Tutti sanno e nessuno dice, anche quando la giovane vittima ha pochi anni e neanche uno strumento per potersi opporre al male. Il male esiste, il male è ovunque, il male si insinua nel luogo supposto proteggere, cullare, rassicurare, riscaldare un bambino in cerca di certezze. Sono poi le madri, in particolare, che rendono la mia ricerca un assunto di base. Le madri raccontano di essere state anche loro maltrattate, abusate, e lo raccontano come se fosse accaduto ieri, raccontano con un dolore impossibile questo segreto di famiglia.

Eppure in ABA non si parla di cibo-corpo-peso. Non è saturando, piuttosto, aprendo delle questioni, dei discorsi, che si riesce a costruirsi, e costruirsi non finisce mai, perché non c'è un traguardo. Raccontano che la felicità esiste ed è raggiungibile possedendo quell'oggetto, riproponendo quell'immagine, invece, la felicità è una punteggiatura della vita. È forse nell'uso di droghe, nelle dipendenze da un oggetto, che serpeggia la convinzione che essa sia a portata di mano; solo che la droga finisce sempre e poi si cade più in basso.

Chiunque entri in ABA non ha bisogno di declinarsi e di spiegare all'interlocutore cos'è la bulimia o l'anoressia, quali sono i pensieri ricorrenti, le ossessioni e i tratti ossessivi che riguardano il cibo, e ciò per un motivo: perché non c'è nessun disturbo del comportamento alimentare, non è l'appetito ad essere ammalato, non esiste il disturbo alimentare, ma

esistono delle relazioni, delle connessioni, e sono quelle a incastrare nella ripetizione del giro di giostra senza fine. Il DCA, la malattia dell'appetito, è un logo, definizione comoda per coprire la realtà di un'infanzia spaccata. L'accanimento delle cure sul corpo viene vissuto come nuovo abuso al quale si deve sottostare per uscire dalla struttura in cui si svolge il ricovero, o dall'approccio nutrizionale serrato che non tiene conto del soggetto, della sua storia che, poi, è la causa di questi sintomi apparentemente così enigmatici senza esserlo.

Ripercorrendo, molto tempo fa, la mia analisi di oltre vent'anni, insieme alle tranche aggiunte, mi sono chiesta per quale ragione nessuno dei miei curanti abbia lasciato spazio ai traumi subiti, che pur cercavo in ogni modo di esplicitare. È proprio questo che raccontano le pazienti che vengono in ABA, sei-sette anni di analisi buttate al vento per l'incapacità dei loro analisti di ascoltare, schierarsi, accompagnare le loro pazienti sporcandosi le mani fino a dove occorre farlo. Lavorando per venticinque anni con analisti prevalentemente donne, ascoltando a cena, al mare o in treno le loro storie, gravi maltrattamenti o abusi sono emersi anche da loro. Mi viene raccontato che questi aspetti della loro vita non sono stati trattati in analisi. Le madri che avevano urlato, che le avevano minacciate, insultate, perché depresse e, a loro volta probabilmente maltrattate, erano state coperte dall'omertà. Una madre ha qualsiasi diritto sul figlio, anche quello di spaventarlo, picchiarlo, vessarlo, trattandolo come una propria estensione: il tabù dell'amore materno legittima qualsiasi sopruso, indirizzato, prevalentemente, alla figlia femmina. Cosa vuoi che sia che una madre picchi la figlia sulla bocca, che le dica «Stai zitta. Non capisci niente, non vali niente. Senza di me non andrai da nessuna parte». Una madre ti fa e ti disfa. Questa è la logica delle madri infanticide. Allora mi ero chiesta quale equivoco si tramandasse. Una madre non si tocca, la sua parola e il suo modo di fare non si possono mettere in discussione quando si è piccoli. È da questo, allora, che ciò che è maltrattamento non trova un nome. I danni di una mortificazione della relazione non sono messi in parola neanche da parte di un curante che può esser stato anche lui vittima di violenze. Un malinteso, un equivoco, che non può esser nominato, perché i curanti stessi possono esser stati a loro volta maltrattati, ma anche loro non hanno potuto dire, non hanno trattato, perché nessuno ha domandato, e oggi non possono accogliere quanto detto dalle proprie pazienti. Un tabù che si trasmette.

Le prime relazioni significative per ciascuno sono quelle legate al familiare, perciò va così chiarito il fraintendimento: il fatto che i familiari vogliano bene o "il bene" dei figli può non costituire una base sicura sufficiente. La sofferenza anoressico-bulimica spesso è strumentale a un funzionamento dinamico complesso della famiglia che le persone sofferenti

incarnano, scarnate. Una famiglia può credere di aver dato davvero “tutto” a un figlio: spesso si cade nella trappola di sottostimare l’importanza del linguaggio affettivo, della cura degli affetti intesi, non solo come offerta, ma come dedizione al legame. Il rischio è di dare ciò di cui si pensa il figlio abbia “bisogno” all’interno di una logica di pretesa del sapere, ovvero fare del figlio un semplice oggetto ricevente: qualcosa da “trattare”, “manipolare”, “riempire”, ma non un soggetto desiderante. In molti casi, per queste persone, chiedere un ascolto vuol dire tradire il malessere della famiglia. Si incontrano genitori affaticati nel loro ruolo, genitori ancora impegnati, come figli, in legami difficili e spesso traumatici.

Non è necessario, infatti, l’abuso sessuale per arrivare a essere abusati sessualmente, non è necessario essere vittime di violenza o di bullismo, piuttosto contesti in cui i *non detti* o le *emozioni indicibili* si infiltrano nell’eredità trans-generazionale, inducendo le persone a ripetere l’*incomprendibile traumatico*. Gli atti dei genitori, molto spesso, possono, senza rendersene conto, o per troppo amore, superare il limite della legittimità, sfociando nel maltrattamento: esso diviene ab-uso, poiché questi non sono in grado, di frequente per vissuti a loro volta non elaborati, di misurare l’agire sul bambino, la cui sopravvivenza è nella proprie mani. Ciò vuol dire che l’abuso è prima di tutto nella quotidianità delle relazioni, e traumatico è l’oltr-aggio, ossia l’andar oltre il sopportabile, diverso per ciascun soggetto, legando, così, la contingenza con la ripetizione. Per questo è indispensabile che i genitori frequentino l’ABA, bisogna lavorare con i genitori. I genitori sono interlocutori preziosi e svolgono un ruolo fondamentale nel sostenere il percorso di cura dei figli. Si fanno dei lavori meravigliosi con loro. Non c’è guarigione dal fenomeno sintomatico, ma da una rete di relazioni.

Abbiamo rivelazioni di abuso di 8 nuovi pazienti su 10, già nella fase dei primi colloqui. Gli altri 2 su 10 rivelano abusi e maltrattamenti intorno al secondo anno di terapia. Alle volte è sufficiente chiedere, in un certo tempo e con una certa sensibilità, perché emerga una rivelazione di abuso o violenza fisica in età precoce, e sì, si può domandare. Seppur il paziente non ha mai messo in relazione quel vissuto con il reiterarsi del godimento sintomatico, aprire, chiedere, vuol dire sia far sapere che dall’altro lato vi è la disponibilità di un professionista atto ad ascoltare, accogliere e contenere l’“orrore”, sporcandosi le mani, sia attivare una possibilità, quella di ricordare, di parlare. Chiaramente, la rivelazione non basta, bisogna tornarci e lavorarci, non in maniera intrusiva e “abusante”, bensì attivando un discorso. Bisognerà ripristinare delle coordinate simboliche annientate nell’istante del traumatico, dargli un nome, o dei nomi, anche per il modo in cui ha toccato il soggetto, cosicché questo stesso soggetto, emergendo dal “congelamento” identitario, possa dialettizzare l’incontro con l’ab-usante e scollarsi un “abito” che lo abita.

I pazienti non sanno, infatti, come le botte ricevute quando avevano 2, 3 o 4 anni, fossero degli abusi, così come gli schiaffi sulla bocca, le ore di pianto “fastidioso” in una stanza lontana, le minacce di peperoncino in bocca. Abbiamo incontrato casi di abuso violentissimi: una donna parla di bulimia senza vomito, una delle forme più faticose, cioè avere crisi bulimiche e poi mettersi a dieta continuamente. Questa donna racconta di tutti i ricoveri affrontati e, poi, in ultimo, aggiunge che ci sarebbe un'altra cosa: racconta di essere stata abusata dall'amante della madre quando aveva tre anni. Da lì ha avuto tutta una serie di altri abusi. La paziente sperava nel pentimento dell'uomo sul letto di morte, nella rivelazione di quanto aveva fatto alla moglie e alla suocera, quindi alla madre e alla nonna della paziente. Costui, prima di morire, ha, poi, chiesto anche di vederla, e, dentro la stanza, sul letto di morte, le ha detto: «adesso posso morire in pace». La nonna, che non ci aveva mai creduto, aveva un ristorante e aveva continuato a nutrirlo.

Ancora un altro giro di giostra: una paziente afferma di aver connesso lo sguardo del padre sul suo petto, mortificato dalla presa in giro “petto di pollo”, aveva 12 anni, sia alla soluzione trovata con l'obesità, quale “imbotitura”, che al preambolo di successive relazioni abusanti.

Ancora un altro giro di giostra: 15 anni di anoressia restrittiva e la rivelazione di una madre maltrattante che picchia sulla bocca, una bocca che ha tentato di chiudersi per sempre.

Ancora un altro giro di giostra: una giovane donna, che soffriva di anoressia, ricorda di esser stata mandata dalla madre a fare una passeggiata nel frutteto con lo zio, fratello della madre da cui era a sua volta stata abusata, venendo così violentata e, ritornata con il suo vestito bianco sporco di sangue, fu accolta con un «è diventata signorina, dobbiamo sgozzare il pollo». In seguito, una relazione con un uomo, due figli maschi, di cui uno è stato abusato dal padre: ha sposato un pederasta.

Ancora un altro giro di giostra: una donna, anoressica da 23 anni, racconta di un primo parto indotto con la ossitocina, dato il suo esiguo peso, e vedendo sgretolarsi il suo piano di maternità “disinveste” sulla figlia. Si aggiunge, anche, la successiva scoperta di aver scelto la relazione con un uomo che ammette solo ora di volere una donna «tisica e cessica».

Ancora un altro giro di giostra: una ragazza, sofferente di anoressia restrittiva, porta un ricordo di abuso trans-generazionale: il nonno ha abusato di lei e della madre, anche il cognato ha abusato della madre, e la madre ha un compagno che a sua volta ha abusato della ragazza, all'epoca bambina. Questo compagno della madre, pedofilo, ha tentato, inoltre, di abusare del bambino della ragazza. Si vede, allora, da questi pochi esempi clinici, come muovere una “vita-e” del carosello rompe tutto il carillon di menzogne.

Si noti poi che il perverso, parlo del pedofilo, individua la sua vittima ed è molto abile a farlo, sa esattamente chi può avvicinare e chi è incustodito. Il bambino incustodito è infatti un bambino che non andrà a dirlo alla mamma e, per qualche ragione, sa che la mamma gli dirà che non è vero, ed è questo il primo vero abuso. I bambini devono essere custoditi perché il male c'è, esiste ed è ovunque, ma è inutile mettere sbarre alle finestre e antifurti, perché il lupo è quasi sempre in casa, e magari lo è da generazioni, e lo sarà per generazioni se non si ferma questo circo. La maggior parte degli abusi di cui sentiamo parlare sono avvenuti in età precoce all'interno della famiglia: nonni, nonne, amici di famiglia, parenti, cugini, pediatra, figure che il bambino non mette in discussione, in quanto "di casa". Il bambino non si chiede perché, se è in casa vuol dire che la mamma è d'accordo. Il perverso ha tutto il tempo che vuole, non ha fretta. Tesse la sua rete con una calma totale, si mette a fare qualcos'altro, confonde la sua vittima in modo tale che la sua vittima non sappia più dov'è il limite. Il perverso sa esattamente come fare a confondere la vittima, e questo è il suo trionfo, così si sente potente. Non è l'atto sessuale il vero trionfo, ma il vedere l'altro confuso, che non potrà denunciarlo, che non potrà mai capire se è vero o no, se è colpa sua. Il passaggio per riconoscere ed elaborare la gravità di ciò che è accaduto è molto lungo e faticoso; soprattutto il riconoscimento del riproporsi all'altro come cosa, nuovamente nella posizione di vittima, è difficile.

Allora, cosa sono i cosiddetti "Disturbi Alimentari?" Una moda, un vizio, un virus, una debolezza, una fissazione, o l'effetto di danni, rifiuti affettivi che schiacciano, spaccano il soggetto, fino a cercare di declinare, di ripetere, sul proprio corpo il male ricevuto. Il corpo come un teatro, come un territorio in cui mettere in scena, in tutte le sue accezioni, i maltrattamenti ricevuti da un genitore, da un estraneo, da qualcuno che si aggira molto vicino casa o fuori casa, da persone ritenute fidate che hanno facile presa su bambini o su giovani adolescenti, che hanno già incontrato la perversione dell'adulto. Cos'è un disturbo alimentare? Nient'altro che un effetto di questo. Non c'è nulla nella loro vita che questo. Dove possono concentrare la propria attenzione per non sentire la sofferenza se non concentrarsi e agirli sul corpo?

Le dipendenze, come l'anoressia-bulimia, sono soluzioni, cure, cure-sbagliate, ma cure. Se la dipendenza non desse un sollievo non esisterebbe: l'ossessione della sostanza, tutto quello che c'è prima dell'assunzione della sostanza e tutto quello che gira intorno all'assunzione di sostanza. Si tratta di persone ingabbiate in questa dipendenza in cui la sostanza si chiama "cibo" ed è una sostanza legale; in cui "la crisi" – bulimica – si declina anche al supermercato alle tre del pomeriggio; in cui mentre alcuni riempiono il carrello per la crisi, altri lo lasciano andare. Solitudini enormi.

Queste sono realtà a cui non è semplice dare ascolto, ma a cui i figli, in un modo o nell'altro, danno corpo, il proprio. La questione dell'abuso, sia esso psicologico, economico, sessuale, fisico, è una questione che non può più essere taciuta e nascosta "sotto il tappeto" dell'omertà, ma è purtroppo sorprendentemente connesso al fenomeno anoressico-bulimico e a quello dell'obesità. Ad oggi, inoltre, si parla di poli-dipendenze, poiché alle anoressie-bulimie si accompagna la dipendenza da altre sostanze, in particolare, il bere alcool e la ricerca di situazioni a rischio: una *roulette* russa mortale attraverso cui ci si rende, con rapporti promiscui, oggetto del godimento sregolato dell'altro, di nuovo.

Atti di un *passee-partout*, chiave matta che apre qualsiasi cosa, panacea di qualsiasi emozione, invece blindata: pazienti che si sono curate con la dipendenza dal cibo, si sono ubriacate e cancellate di cibo, hanno mangiato per vomitare e si sentono come nuovi dopo il vomito, si sentono a posto. L'anoressia-bulimia è, allora, un tentativo di blindare qualsiasi tipo di emozione attraverso il controllo, un po' come il gatto sull'albero. Il gatto dei cartoni animati, quando si arrampica in cima a un albero, lo fa con agilità e velocità, senza prendere le misure e senza sapere cosa c'è dietro, dall'albero controlla tutto, vede tutto ed è visto da tutti, e si sente in salvo, per quale ragione dovrebbe scendere? Se lo si fa scendere, tirandolo, lo si uccide, eppure deve scendere, perché sennò muore, non può stare lì a vita. Non scende però se pensa che appena tornerà a casa gli si dirà «ah che bello sei guarito, era un capriccio». Allora si cerca di raggiungere il gatto sull'albero, si cerca di capire quello che è successo. Poi, con i propri tempi, con le proprie risorse, scenderà dall'albero. Questo non vuol dire che non c'è il problema del corpo che muore, i pazienti sono spesso a rischio di vita. Chi soffre di bulimia rischia di andare in arresto cardiaco, di avere ictus, sbalzi di pressione mortali e molto altro ancora. Le pazienti con anoressie non vogliono guarire manco morte, eppure l'anoressia è proprio la prima causa di morte nelle malattie psichiatriche. Non c'è il tempo, a volte, di attivare un certo tipo di dispositivo, ma bisogna arrangiarsi nel creare un luogo in cui ci possa essere una pensabilità e una simbolizzazione senza che il paziente muoia. I tempi della mente non sono quelli dell'orologio, ma l'orologio del corpo scade. Certo non si è onnipotenti, e non tutti gli incontri possono avvenire al momento giusto, ma è chiaro come non ci sia bisogno di qualcuno che dia una dieta, sono già loro più bravi di un qualsiasi nutrizionista, conoscono tutte le calorie dei prodotti. In alcuni casi, quindi, entro un certo tempo, devono organizzarsi loro per non morire e, allora, per dar avvio a ciò, quando si arriva in ABA, tutti i calcoli che si sono fatti, le vie di fuga che si sono studiate, si devono perdere. Si deve creare un inciampo, e questo è possibile solo con un incontro favorito dalla sensibilità e dall'arte dei professionisti, e dalla dimensione comunitaria, un incontro, però, che non è dato a priori.