

## **Al di là del sintomo: un'esperienza di applicazione del modello costruttivista intersoggettivo nel lavoro con adolescenti con Disturbi della Condotta Alimentare, all'interno di un contesto di equipe multidisciplinare ospedaliero**

***Beyond the symptom: The application of the constructivist-intersubjective model with hospitalized adolescents affected by eating disorders, assisted with a multidisciplinary team approach***

**Valeria Costanzo**

*Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Costruttivista, CESIPc, Firenze*

**Sommario.** La psicoterapia ad orientamento costruttivista intersoggettivo considera il sintomo come funzionale a mantenere uno stato di equilibrio del "sistema individuo" di fronte ad una minaccia esterna percepita come eccessivamente disgregante per aspetti identitari nucleari. Nei pazienti affetti da disturbo della condotta alimentare ricoverati in regime semi-residenziale, l'eliminazione del sintomo diventa invece il primo bersaglio del processo di cura e tale modalità porta ad innescare, oltre la resistenza all'aderenza delle prescrizioni, un senso di angoscia e di smarrimento identitario. Questo contributo si propone di offrire una riflessione sulla possibilità di integrare il processo standard di presa in carico ospedaliera con un intervento di psicoterapia ad orientamento costruttivista intersoggettivo, che guardi al sintomo come parte integrante della persona e che restituisca al paziente un ruolo centrale ed attivo nel suo processo di cambiamento.

**Parole chiave:** Disturbi della condotta alimentare, orientamento costruttivista intersoggettivo, adolescenza, funzionalità del sintomo

**Abstract.** The constructivist-oriented psychotherapy considers the symptom as functional to maintain a state of equilibrium of the "individual system" in those situations in which an external threat is perceived as excessively disruptive for the nuclear identity. On the contrary, in patients suffering from eating disorders who are hospitalized, the first target of the treatment is considered the elimination of the symptom. This modality may trigger a sense of anxiety and loss of identity, as well as a refusal to adhere to the standard medical and eating prescriptions. This contribution aims to offer a reflection on the possibility to integrate a constructivist intersubjective psychotherapy in the context of the standard procedures of hospitalization, aimed at focusing on the symptom as an integral part of the person, in order to provide the patient with a central and active role for his/her process of change.

**Keywords:** Eating disorders, constructivist intersubjective psychotherapy, adolescence, function of the symptom

## Introduzione

Il lavoro all'interno di un contesto ospedaliero impone alcune prassi che comprendono l'uso dei criteri tassonomici dei disturbi mentali per descrivere la sofferenza psichica. Secondo questi criteri, il sintomo rappresenta un'alterazione del benessere psicologico che inficia il funzionamento della persona in tutti i suoi contesti di vita. Nel caso specifico dei Disturbi della Condotta Alimentare in adolescenza (come in età adulta), la classificazione categoriale dell'insieme dei sintomi rappresenta, in questi contesti di cura, un iter necessario al fine di assicurare la tempestiva presa in carico della persona in una fase acuta.

Ma, in ottica costruttivista intersoggettiva, la sostituzione del termine "sintomo" con quello di "scompenso" permette la ridefinizione dello stesso disagio psicologico in termini di "funzione per la persona", con ricadute differenti sulle modalità di intervento clinico (Cionini & Ranfagni, 2011). La funzionalità del sintomo è tale nella misura in cui rappresenta "la modalità migliore" che la persona ha saputo trovare per mantenere integro il proprio equilibrio sistemico e la propria identità personale, di fronte ad una minaccia percepita come eccessivamente invalidante. Questa modalità di intendere la sofferenza psichica, oltre a portare al superamento del concetto di sano/malato definito secondo criteri oggettivi/esterni, restituisce un senso di dignità alla persona, che non è più un soggetto passivo che riceve cure ma che diventa il protagonista attivo del suo cambiamento, in quanto unico detentore del significato sottostante a quello che Kelly (1955) definisce come "blocco delle capacità di movimento del sistema".

Quindi, queste due prospettive appena descritte appaiono apparentemente inconciliabili, in quanto caratterizzate da un approccio alla sofferenza psichica diametralmente opposto e antitetico.

L'idea di questo contributo nasce da alcune riflessioni fatte in seguito ad una esperienza professionale svolta all'interno di un reparto di neuropsichiatria infantile per adolescenti con Disturbi della Condotta Alimentare. È possibile la coesistenza, all'interno di un contesto di cura, di queste due modalità contrapposte di intendere e di approcciarsi al sintomo e alla sofferenza psichica? Dati i tempi relativamente ridotti di degenza dei pazienti all'interno dell'ambito ospedaliero, che possono non rendere possibile un cambiamento profondo del proprio modo stare in relazione con il mondo, è possibile tuttavia re-innescare un processo di movimento del sistema persona?

In questo contributo verrà descritto un tentativo di applicazione del modello costruttivista intersoggettivo con adolescenti con Disturbi della Condotta Alimentare, all'interno di un contesto ospedaliero semi-residenziale: presa in carico che parte da una diversa concettualizzazione del sintomo, attraverso il processo ricorsivo di comprensione-spiegazione del paziente (Cionini & Provvedi, 2003), processo che permette di cogliere le caratteristiche strutturali e funzionali del "sistema paziente" connettendole con il suo problema e restituendo quindi l'unicità della persona, al di là della diagnosi descrittiva.

La mia esperienza professionale all'interno del reparto di neuropsichiatria infantile per adolescenti con Disturbo della Condotta Alimentare e, in particolare, adolescenti con Anoressia Nervosa, si è svolta nell'arco temporale di due anni: in quel periodo mi sono occupata di svolgere sedute settimanali di terapia (della durata di circa un'ora) con alcuni pazienti che frequentavano il reparto in regime di Day-Hospital o di ricovero, e mi sono occupata di svolgere un gruppo terapeutico a cadenza settimanale, della durata di circa due ore, sempre con pazienti in regime di Day-Hospital o ricovero. L'obiettivo del mio intervento è stato quello di offrire uno spazio, sia individuale che di gruppo, che ho definito "libero dal sintomo", in cui i pazienti potessero affrontare diverse tematiche da loro scelte, partendo da episodi di vita quotidiana o da riflessioni scaturite in seguito alle esperienze fatte con gli altri colleghi, e in cui i pazienti venivano aiutati ad entrare in contatto con le loro sensazioni e i loro vissuti scaturiti dalla loro

esperienza in prima persona, con l'obiettivo di restituire loro un'esperienza di loro stessi anche al di fuori del sintomo e di tutto ciò che al sintomo era collegato.

## **Il Disturbo della Condotta Alimentare: un'ipotesi esplicativa sul ruolo dell'adolescenza e dei relativi cambiamenti come elementi di eccessiva minaccia**

Il sistema persona, così come gli altri sistemi viventi, attraversa sin dalla nascita momenti di trasformazione e cambiamento sia a livello fisico che mentale. È il sistema stesso che definisce i gradi di libertà delle proprie possibilità trasformative: ogni cambiamento, prima che si verifichi, viene “*adombrato*” dal sistema e valutato nei termini delle sue potenzialità disgreganti rispetto all'immagine di sé (Cionini, 2013). Tale “immagine di sé”, che è considerato come un processo in continua evoluzione e trasformazione della nascita, emerge primariamente dalle precoci interazioni tra il neonato e le figure di attaccamento. L'*infant research* di Daniel Stern (1985) e le ricerche dell'*infant observation* (The Boston Change Process Study Group, 2010) hanno mostrato come, tramite i processi di sintonizzazione affettiva tra neonato e *caregiver*, le sensazioni e le percezioni del neonato acquisiscono un significato e vengono organizzati in maniera coerente come parti del sé.

La relazione di attaccamento con il *caregiver* si costituisce quindi come un bisogno primario proprio perché, tramite una relazione primaria relativamente stabile e coesa, riusciamo a sviluppare un sentimento di noi stessi altrettanto stabile e coeso (Lambruschi, 2004): il grado di maggiore o minore sintonizzazione affettiva del *caregiver* nei confronti del bambino, costituirà la matrice dalla quale il bambino stesso inizierà ad estrapolare alcune invarianti relative al proprio senso di sé.

“Così come impariamo a riconoscere noi stessi in uno specchio, il bambino diventa consapevole di sé stesso vedendo il suo riflesso nello specchio costituito dalla coscienza che le altre persone hanno di lui” (Popper & Eccles, 1982). Ho scelto questa frase di Popper, perché il tema dello specchio è metaforicamente centrale nei pazienti affetti da Disturbi della Condotta Alimentare (DCA): sia lo specchio fisico, che viene ossessivamente ricercato come continua conferma circa la propria immagine esteriore, sia lo specchio relazionale, ovvero ciò che di me mi rimanda l'altro, rispecchiamento che viene continuamente richiesto al fine di ricevere un senso di esserci. L'immagine del riflesso dello specchio ci fornisce inoltre la visione intersoggettiva della formazione del sé e l'importanza fondamentale del rispecchiamento intersoggettivo con l'altro per la continua costruzione di senso dalla nascita fino all'età adulta.

I DCA vengono descritti come una condizione clinica che generalmente esordisce in adolescenza. Tuttavia, i risultati di una serie di studi effettuati da Chatoor et al. (1988) evidenziano la presenza di disturbi alimentari già in bambini preverbali, mettendo in luce come questi non ricevessero la soddisfazione dei loro bisogni e la comprensione dei loro sentimenti, espressi con il pianto, all'interno della relazione intersoggettiva con i loro *caregiver*. Questi genitori non sembravano essere in grado di cogliere i segnali emotivi dei loro bambini e di rispondervi in maniera sincrona; le loro risposte contingenti apparivano quindi incongruenti rispetto ai bisogni dei loro bambini. Quando i genitori iniziavano invece a riconoscere e a rispondere in maniera congruente ai vari segnali di desiderio di contatto, di gioco, di rassicurazione o altri ancora, i bambini mostravano gradualmente una remissione della sintomatologia alimentare (Chatoor & Egan, 1983; Chatoor et al., 1985).

Nei bambini a rischio di sviluppare un DCA<sup>1</sup>, sembra quindi essere mancata precocemente, in maniera più o meno sistematica a seconda della storia di vita, la sintonizzazione affettiva con il *caregiver*: le risposte genitoriali vengono avvertite come discrepanti rispetto ai propri stati emotivi, e questo genera confusione nel riconoscimento delle proprie emozioni così come una difficoltà nel regolarle. Nelle traiettorie di sviluppo in cui si struttura un DCA, tale confusione degli stati interni porta il bambino a non riuscire a discriminare tra bisogno fisiologico e bisogno emotivo e, allo stesso tempo, porta il bambino ad utilizzare strategie simili per affrontare sia l'esperienza emotiva interpersonale che le sensazioni legate ai bisogni corporei; ne consegue che, in maniera differente a seconda della storia personale del paziente e della natura del legame di attaccamento con il *caregiver* primario, la regolazione del cibo diventa una modalità di regolazione di uno stato emotivo, che non viene riconosciuto come tale ma accomunato/ confuso con altri stati emotivi o fisiologici.

L'assenza di sintonizzazione affettiva con il *caregiver* primario porta il bambino ad avere un difetto negli strumenti che permettono una lettura stabile e coerente di sé, sé-con-l'altro, sé nel mondo, indipendentemente dai bisogni fisiologici. In aggiunta, senza sintonizzazione affettiva ciò che viene dal bambino viene poco riconosciuto, differenziato, e gradualmente dissociato, messo in ombra, andando a costituirsi come un aspetto non-me. Citando Bromberg:

Il Sé nucleare dell'individuo — il Sé modellato dai primi pattern di attaccamento — è definito sia dal modo in cui i primi oggetti genitoriali lo percepiscono sia da quello che gli negano di essere. Vale a dire, rapportandosi al bambino come se fosse “questo e quell'altro” e ignorando altri aspetti di lui come se non esistessero, i genitori “disconfermano” l'esistenza relazionale di quegli aspetti del Sé del bambino che dissociano percettivamente» (Bromberg, 2011, p. 58).

Come conseguenza di ciò, aumenterà nel bambino la confusione nel definire un sentimento e nell'imparare a modularlo (Blanco *et al.*, 2000; Bara, 2006), con delle ricadute sul processo di costruzione dell'identità e sull'attribuzione dei significati alla propria esperienza. Data l'assenza di sintonia reciproca nella relazione madre-bambino, quest'ultimo potrà imparare gradualmente a reprimere i propri stati emotivi e le proprie sensazioni, poiché esse possono generare nel *caregiver* risposte incongruenti. Di contro, potrà iniziare ad esibire pattern di comportamenti tesi all'adattamento del proprio comportamento alle richieste dei familiari, atteggiamento che contribuisce ad ostacolare lo sviluppo dei processi di differenziazione somatopsicologica, necessari a distinguere la varietà delle sensazioni somatiche (quali fame, sazietà o stanchezza) dagli stati emozionali (quali rabbia, frustrazione o il bisogno d'affetto) (Blanco *et al.*, 2000).

Le madri dei bambini a rischio di sviluppare un DCA sembrano incapaci di modularsi sullo stato interno del bambino; ne consegue che, poiché il bambino stesso e le sue manifestazioni creano incertezza nel rapporto di reciprocità, un comportamento intrusivo, volto a ridefinire costantemente le emozioni del figlio, sembra la strategia di accudimento che queste madri riescono meglio a svolgere. Il bambino quindi, cresce intrappolato in un senso d'invischiamento che ostacola il riconoscimento e l'espressione dei suoi stati emotivi, oltre al senso di essere

---

<sup>1</sup> Parlo volontariamente di “rischio di sviluppare un DCA” per rendere l'idea di come alcuni elementi delle relazioni primarie dei pazienti con DCA possano avere delle similitudini, ma senza necessariamente arrivare alla conclusione che una tipologia così descritta di relazione primaria porti in maniera deterministica a sviluppare una sintomatologia alimentare, che per ogni singolo paziente assume significati e valenze diverse in base alla storia personale.

separato. Alla luce di quest'ultima affermazione, non stupisce come la sintomatologia emerga solitamente in adolescenza, ovvero in un periodo evolutivo in cui si innesca un processo di separazione dal genitore in vista di una ridefinizione del sé, in senso ampliato e integrato con altre dimensioni appartenenti all'età adulta, quali la sessualità, l'indipendenza, la responsabilità.

Oltre ai cambiamenti fisici, l'adolescenza porta con sé tutta una serie di modificazioni psicologiche e relazionali. La famiglia, chiamata in causa durante l'infanzia per fornire vicinanza e accudimento, in questa fase evolutiva rappresenta l'elemento dal quale allontanarsi, differenziarsi, in vista di sviluppare una propria personalità. In tal senso la famiglia, in questo momento, dovrebbe rivestire principalmente il ruolo di contenimento (Bara, 2006). Ne consegue che un genitore che prende le distanze dal processo di separazione del figlio (diventando troppo permissivo) o si irrigidisce dietro regole rigide e proibizionismo, non aiuterà l'adolescente ad integrare nella sua identità i nuovi elementi dell'identità adulta. Un ruolo parimenti significativo è svolto dal gruppo dei pari che funge da bacino entro cui confrontarsi con altri modelli di comportamento e di pensiero.

Sulla base delle esperienze relazionali primarie, i nuovi contesti che un adolescente a rischio di sviluppare un DCA inizia a sperimentare, possono configurarsi come fonte di eccessiva minaccia: il cambiamento scolastico (ad esempio il passaggio medie-superiori), segna spesso un cambiamento dei gruppi di appartenenza, dei docenti, nuove aspettative genitoriali e il cambiamento delle figure di riferimento. Un adolescente con tali caratteristiche può arrivare a sentire amplificate queste pressioni esterne e può sentire come eccessivamente disgregante la moltitudine di nuovi modelli esterni ai quali aderire, con un'amplificata sensazione di inadeguatezza data dall'incapacità di soddisfare tali "modelli esterni". Tali sensazioni pervasive riguardanti il Sé, vengono perciò modulate tramite la modificazione dell'immagine corporea, con una spinta alla ricerca ossessiva della perfezione e di una immagine sia esteriore ma anche intellettualmente perfetta. Pur volendo porre l'enfasi sulla dimensione intrapsichica dell'individuo, è opportuno anche riflettere sul contesto sociale in cui vivono attualmente gli adolescenti, per comprendere come la proposta di determinati modelli di essere possa amplificare e slatentizzare una fragilità emotivo-relazionale caratteristica degli individui che si avviano a sviluppare un DCA. A causa dell'utilizzo spropositato dei social-network, la propria immagine, i propri pensieri, le proprie relazioni, vengono rese pubbliche, fruibili, giudicabili: la continua esposizione mediatica e il feedback positivo/negativo che ne deriva, diventa una delle prime "relazioni", se non l'unica, che gli adolescenti iniziano ad avere con i loro pari. Il continuo processo ricorsivo tra pubblicizzazione dell'immagine di sé e approvazione/rifiuto di tale immagine diventa la modalità con cui gli adolescenti costruiscono la propria identità; ne deriva, citando Galimberti (2010), che *"molti giovani scambiano la loro identità con la pubblicità dell'immagine, e così facendo, si producono in quella metamorfosi dell'individuo che non cerca più sé stesso ma la pubblicità che lo costruisce"*. Di conseguenza, una pubblicità funziona al meglio nella misura in cui incontra i gusti dei più: attualmente per un adolescente, raggiungere il consenso della moltitudine significa mostrare un corpo i cui canoni di bellezza sono definiti da una magrezza estrema, ma allo stesso tempo significa mostrare un atteggiamento di sicurezza personale e piena padronanza di sé e dei propri obiettivi. Un modello di individuo fisicamente e intellettualmente perfetto, in cui non c'è spazio né per l'imperfezione fisica ma neppure per la fragilità emotiva. Di fronte a tali modelli ai quali gli adolescenti possono venire esposti, le reazioni personali possono essere molteplici: dalla chiusura e dall'evitamento relazionale dovuto alla frustrazione di non riuscire a raggiungere quegli standard, all'approccio di *agonismo compulsivo*, che spesso si può ritrovare negli adolescenti con DCA, in cui il raggiungimento di quel modello viene quotidianamente perseguito in maniera ossessiva.

Quindi, il sintomo alimentare rappresenta talvolta l'unica modalità possibile per stabilizzare un'identità che si definisce esclusivamente attraverso riferimenti esterni. Allo stesso tempo, il cibo e il corpo diventano gli unici elementi sui quale si ha la percezione di poter esercitare un controllo, gli unici strumenti con i quali si riesce a dare ordine al caos e che permettono di mantenere un senso di padronanza di sé (Cionini, 2013).

L'altra fonte di minaccia in adolescenza è costituita dalla formazione di nuovi legami affettivi. Secondo Bowlby (1990) il contesto stesso della formazione e dell'interruzione dei legami affettivi rappresenta un ambito sensibile nel quale è più facile che si verifichino fluttuazione e scompensi emotivi, in quanto si tratta di un ambito in cui vengono riattivati schemi precoci di relazione con l'altro. Nell'adolescente con DCA, sia la costituzione di un legame affettivo che la sua rottura, innescano oscillazione critiche nel senso dell'identità personale, in quanto la sensazione di essere visto e di sentirsi amabile torna a dipendere da quanto rimanda l'altro. Il partner diventa quindi necessario per sentire sé stessi e la vicinanza viene così attivamente ricercata tramite comportamenti di estrema adesione all'altro. Impegnarsi affettivamente diventa quindi sinonimo di definirsi, sentirsi. Ne deriva che il rifiuto da parte dell'altro o la fine di una relazione può rappresentare un'esperienza scompensate in quanto minaccia il senso stesso di *esserci*.

### **Vincoli e possibilità dell'applicazione del modello costruttivista intersoggettivo in ambito semi-residenziale e all'interno di un contesto di equipe multidisciplinare**

Per comprendere quali possano essere i vincoli e le possibilità dell'applicazione del modello costruttivista intersoggettivo all'interno di un contesto ospedaliero, è necessario presentare brevemente la modalità di lavoro usata all'interno della sezione per i Disturbi della Condotta Alimentare dell'IRCCS Fondazione Stella Maris, struttura dove ho svolto l'esperienza oggetto di questo contributo, iniziata nel 2014 e attualmente in corso.

La sezione per i DCA è costituita da un'equipe multidisciplinare che lavora quotidianamente sia con i pazienti in regime di ricovero che con quelle in regime di Day Hospital. La psicoterapia viene offerta ai pazienti che vengono dimesse dal ricovero ma che continuano a frequentare la struttura in regime di Day-Hospital. L'equipe multidisciplinare ha un'organizzazione gerarchica al cui vertice si trova un Neuropsichiatra Infantile (NPI). Il resto dell'equipe è costituito da educatori professionali, psicologi e psicoterapeuti, una pediatra, una dietista, vari Operatori Socio-Sanitari e uno specializzando in Neuropsichiatria Infantile. Ogni giorno si effettuano riunioni d'equipe all'ora di pranzo, per effettuare turni di aggiornamento sui pazienti e per concordare in maniera condivisa le varie tappe del percorso riabilitativo.

All'interno della sezione DCA viene effettuata una presa in carico globale, del minore e della famiglia. Il servizio offerto prevede la presenza di pasti assistiti, di gruppi psicoeducativi, di colloqui con la dietista, di gruppi terapeutici (sia per i pazienti che per i genitori), di sedute di psicoterapia familiare e individuale. I pazienti frequentano quotidianamente il reparto, svolgendo lavori psicoeducativi in gruppo durante la mattina con gli educatori e partecipando alle terapie di gruppo condotte da psicologi/psicoterapeuti nel pomeriggio. Una o due volte a settimana effettuano la psicoterapia individuale e una volta a settimana quella familiare. Oltre a questo, effettuano dei colloqui con il NPI e la dietista e dei pasti assistiti (colazione/spuntino/pranzo/cena, per i pazienti in ricovero, solo il pranzo per i pazienti in Day-Hospital).

L'equipe multidisciplinare, oltre che da diverse figure professionali, è costituita da psicoterapeuti di diverso orientamento, quali quello psicoanalitico, cognitivo-costruttivista, sistemico-

relazionale e cognitivo-comportamentale, che hanno un rapporto di collaborazione stabile con la struttura. Questa variegata costellazione di orientamenti porta senza dubbio con sé una molteplicità di letture rispetto all'esperienza del singolo paziente; sebbene l'obiettivo terapeutico implicito ed esplicito del gruppo di lavoro rimanga la riduzione del sintomo, l'aumento ponderale dei pazienti e il ripristino di condizioni medico-internistiche adeguate, la possibilità di confronto con diversi orientamenti mi ha aiutato a comprendere meglio quale potesse essere il significato del sintomo per quel determinato paziente. Ad esempio, la possibilità di potermi confrontare con l'approccio sistemico-relazionale con il quale ho sentito di avere maggiori affinità proprio per la concezione condivisa di funzionalità del sintomo, non solo per il paziente stesso ma anche per il sistema-famiglia, mi ha aiutato ad avere una maggiore comprensione di come lo stesso sintomo potesse svolgere la funzione di mantenere anche l'equilibrio familiare, oltre che quello del paziente. Questa ottica mi ha aiutato ad entrare maggiormente in contatto con le *resistenze al cambiamento* mostrate dai pazienti. In una visione più ampia infatti, l'eliminazione di un sintomo poteva rappresentare una minaccia eccessivamente disgregante non solo per il sistema paziente ma, in maniera più ampia, anche per la sua famiglia.

Nell'applicare il modello costruttivista intersoggettivo in un contesto ospedaliero, il maggior punto di divergenza che ho sentito rispetto al mio orientamento terapeutico, soprattutto in rapporto ai colleghi con orientamento cognitivo-comportamentale, è stato proprio la diversa considerazione del sintomo, ovvero la concezione di esso come bersaglio diretto del lavoro terapeutico.

*"Io sono la mia anoressia"*: questa è una frase che ho spesso sentito riportare dai pazienti e che rende l'idea dell'estrema egosintonia del sintomo alimentare e di come il controllo del peso e del cibo arriva ad assumere connotati identitari. Non stupisce quindi come un lavoro mirato al sintomo produca importanti resistenze, che possono portare anche a decisioni drastiche come l'alimentazione forzata. Tuttavia, la possibilità di lavorare con i pazienti in uno spazio "libero" dal sintomo, è considerato funzionale alla graduale presa di consapevolezza di che cosa ha portato a sviluppare proprio quel "sintomo". La sola esplicitazione di questa regola della seduta di psicoterapia, ha gradualmente portato i pazienti a prendere consapevolezza che "forse c'è anche altro da guardare": utilizzo il termine "guardare", per passare l'idea di come, per le caratteristiche del contesto ospedaliero e per la relativa "velocità" del processo di cura, l'obiettivo ideale poteva essere considerato il "guardare oltre il sintomo" prima di arrivare a "*sentire* oltre il sintomo", *sentire* particolarmente difficile per i pazienti con quelle caratteristiche. Inoltre, il fatto di seguire pazienti in regime di Day-Hospital, offriva loro la possibilità di parlare anche di eventi che accadevano fuori dal contesto di cura e quindi di ampliare la possibilità dei pazienti di *vedersi* e provare a *sentirsi* anche in un modo diverso.

Non solo il *guardare* e ma anche il *sentirsi guardati* diventa momento cardine nella costruzione della relazione terapeutica. Osservare il paziente e comprenderlo diventa prerequisito necessario per vedere il paziente nella sua unicità e per costruire con lui quella relazione intersoggettiva che valida le varie parti di sé, anche quelle che il paziente vive come parti non-me. Citando Ronald Laing in Bromberg (2011), "La conferma della propria identità non dipende dall'approvazione, ma dal 'riconoscimento' degli altri, dalla loro accurata percezione del modo in cui noi ci sperimentiamo" (p. 57).

Un elemento nucleare della psicoterapia ad orientamento costruttivista intersoggettivo sta nel proprio nel considerare la *relazione terapeutica* come lo strumento principale del cambiamento. Ciò che può essere maggiormente trasformativo è infatti la possibilità di rispecchiarsi con l'altro, tramite la condivisione di nuove esperienze intersoggettive, come non è avvenuto durante le esperienze precoci, al fine di ricontattare e legittimare anche parti non-me non riconosciute nella relazione con le figure di attaccamento primarie e quindi dissociate (Cionini & Mantovani, 2016).

## Al di là del sintomo

Le difficoltà riscontrate nell'instaurare una relazione di questo tipo, al di là delle personali difficoltà dei pazienti ad entrare in relazione con l'altro, risiedevano in una serie di limitazioni oggettive poste dalla struttura ospedaliera e dalla sua organizzazione, in primis il concetto di *segreto professionale*.

Il lavoro stesso dell'equipe prevede una condivisione di informazioni funzionale alla presa in carico globale dei pazienti. Ciò che viene detto e fatto dai pazienti viene condiviso in maniera quasi automatica con il NPI e con gli altri colleghi. Se da una parte questo è estremamente utile per adottare un atteggiamento terapeutico individualizzato, tagliato sulle caratteristiche della persona e globalmente condiviso, dall'altro ha come risvolto la sensazione, nei pazienti, di essere costantemente giudicati (complice la loro estrema sensibilità al giudizio). Spesso ho sentito i ragazzi affermare: “*Ogni volta che dico qualcosa la usate contro di me!*”. Questo pone inevitabilmente i pazienti a mostrare solo alcune parti di sé, quelle che reputano più accettabili nel rapporto con le varie figure professionali e in vista dei loro obiettivi.

La possibilità di offrire loro uno spazio in cui si sentissero *libere di esprimersi*, senza la conseguenza che ciò che portavano arrivasse direttamente alla conoscenza dei genitori o degli altri membri dell'equipe, è stato un elemento di grande novità per i pazienti. Loro stessi hanno più volte messo alla prova la veridicità di questa condizione, “confessando” piccole trasgressioni per testare quanto “trapelassero”. Tale atteggiamento di “verifica” si è rivelato molto utile come occasione di riflessione condivisa sulle loro modalità di intendere e costruire una relazione, diventando così oggetto di lavoro terapeutico. Se è vero che il processo di cambiamento viene innescato dall'azione perturbatrice del terapeuta, allo stesso tempo assicurare questa “libertà di esprimersi”, è stato funzionale a permettere il processo della *validazione* della persona e dei suoi sforzi trasformativi, validazione necessaria affinché i pazienti si sentissero rassicurati quantomeno nell'iniziare a esplorare altre *vie percorribili* (Cionini, 2013). La validazione dei vari aspetti identitari ha permesso quindi di poter costruire una relazione terapeutica, scevra da giudizi relativi al giusto/sbagliato connessi al sintomo, relazione in cui i pazienti hanno potuto gradualmente investire ed effettuare nuove esperienze intersoggettive nelle quali ricercare nuovi significati per la propria esperienza. Allo stesso tempo, la collaborazione e l'aggiornamento degli altri membri dell'equipe continuava a svolgersi, previa autorizzazione dei pazienti, e riguardava principalmente gli obiettivi del lavoro, l'andamento della sintomatologia clinica, e ovviamente, la presenza di condizioni di rischio per l'incolumità dei pazienti.

In ottica costruttivista intersoggettiva, anche il setting riveste importanza fondamentale in quanto considerato uno degli strumenti del lavoro terapeutico. Esso è costituito da *elementi fissi*, che devono rimanere tali (tra i quali, il rispetto del codice etico, la costanza del luogo fisico dell'incontro, la durata delle sedute) e da *elementi mobili*, ovvero che possono essere modificati dal terapeuta in maniera strategica al fine di agevolare un processo di cambiamento. Per quanto una modifica degli elementi mobili del setting è prevista come *possibile*, in un contesto ospedaliero non vengono decisi dal terapeuta in maniera strategicamente orientata, ma rappresentano piuttosto dei vincoli, posti dalla stessa organizzazione della struttura. La stessa stanza di terapia, ad esempio, per quanto molto accogliente, non era dotata di poltrone reclinabili o divanetti che potessero rendere più agevole una modalità di lavoro di tipo immaginativo, necessaria per accedere in maniera più diretta alla sfera delle emozioni/sensazioni (Cionini, 2013). Tra le metodologie di lavoro del terapeuta ad orientamento costruttivista intersoggettivo *il lavoro sulle emozioni* permette al paziente di entrare maggiormente in contatto con aspetti di sé non facilmente verbalizzabili e il canale emotivo-affettivo è considerato una via elettiva di accesso per la comprensione dei propri bisogni, intenzioni e desideri. L'obiettivo di lavorare sulle emozioni, nonostante la difficoltà ad avere ambienti consoni al rilassamento e al lavoro con le immagini, è stato perseguito privilegiando, all'interno della conversazione terapeutica,



l'utilizzo delle *metafore* o utilizzando, complice anche la giovane età dei pazienti, metodologie di tipo espressivo come il *disegno*.

Uno dei maggiori vincoli esperiti all'interno del setting, è apparso quello relativo agli *elementi mobili* del setting e, in primo luogo, i contatti extra-setting. L'ambiente ospedaliero di cura può essere descritto come un ambiente con un elevato tasso di "invischiamento": i pazienti incontrano molti operatori diversi, gli stessi operatori lavorano con i genitori, operatori e pazienti condividono gli stessi spazi, si incrociano nei corridoi anche in momenti extra-seduta, e gli operatori si scambiano quotidianamente informazioni sui pazienti, scambio delle quali i pazienti sono consapevoli. Spesso, questo genera nei pazienti una confusione di ruoli, di tipi di intervento e una difficoltà a comprendere lo spazio della terapia individuale, il ruolo del terapeuta, le regole delle sedute. È stato molto frequente incontrare i ragazzi nei corridoi, essere fermata da loro e ricevere richieste di attenzioni. Ancora più frequente sono state le "intromissioni" dei genitori nella stanza di terapia, la ricerca di contatti con me "all'oscuro" dei pazienti. In questo contesto, al fine di mantenere una certa integrità dello spazio individuale, la possibilità di contare su un'equipe multidisciplinare è apparsa una risorsa importante. La possibilità infatti di delegare ad altre figure professionali le "urgenze" dei pazienti e dei loro familiari, ha permesso in primo luogo di accogliere le varie richieste emergenti e contenerle adeguatamente, dall'altro ha consentito di preservare una certa inviolabilità dello spazio personale di terapia, che ha garantito ai pazienti la sperimentazione di una chiara *separazione e individuazione*, necessaria a restituire loro centralità e importanza nel processo di cura.

## Conclusioni

La prima domanda che mi sono posta all'inizio di questo contributo è stata: è possibile la coesistenza, all'interno di un contesto di cura, di due modalità contrapposte di intendere e di approcciarsi al sintomo e alla sofferenza psichica? Una prima modalità più direttiva e pedagogica, che mira alla riduzione sintomatologica e al ripristino di condizioni medico-internistiche adeguate, e una seconda modalità, propria dell'orientamento costruttivista-intersoggettivo, considerata più relazionale e che vede il sintomo come funzionale al mantenimento dell'equilibrio del sistema paziente. L'obiettivo di questo contributo non è stato quello di giustificare il primato di una modalità su di un'altra ma piuttosto di descrivere le potenzialità positive di una possibile integrazione, all'interno dell'ambito ospedaliero, di queste due modalità contrapposte. Una potenzialità di questa possibile integrazione potrebbe risiedere nel non considerare l'approccio relazionale una sola prerogativa dello psicoterapeuta, ma potrebbe essere esteso, tramite ad esempio una formazione specifica del personale medico e paramedico, alle altre figure professionali che entrano a contatto con i pazienti e le loro famiglie. Lo stabilire una relazione con il paziente che sia supportiva e non giudicante, potrebbe essere considerata un prerequisito necessario e funzionale all'interno di qualsiasi relazione terapeutica, sia essa di stampo medico, pedagogico o psicologico. Il guardare il paziente con interesse, astenendosi dal giudizio grazie alla comprensione della funzionalità dei suoi comportamenti, potrebbe essere considerata una modalità da adottare da parte di chi propone la cura medica o il lavoro pedagogico, e potrebbe avere dei risvolti positivi sull'aderenza terapeutica dei pazienti e sull'aumento della loro motivazione al cambiamento.

Nel concludere le riflessioni derivate da questo tipo di esperienza, riporto una frase di una paziente che ho seguito dal momento della dimissione dal ricovero fino al passaggio a strutture di presa in carico territoriale. L'argomento riguardava la paura della perdita, tema che assumeva un ruolo centrale nella storia di vita della paziente: "*quando sento questa cosa è troppo...se non mangio la soffoca quella cosa*". Questo piccolo passo verso la presa di consapevolezza è

stato possibile grazie alla possibilità di guardare *al di là del sintomo*, connettendo le sensazioni derivanti dall'esplorazione delle esperienze di vita quotidiana con la funzione che quel determinato sintomo ha svolto nel "non farle sentire" vissuti non accettabili e non riconosciuti come degni di essere nella relazione con gli altri significativi e quindi dissociati in parti non-me (Cionini & Mantovani, 2016).

All'interno del contesto ospedaliero, il sintomo viene "preso di mira", con l'obiettivo di un suo graduale indebolimento. Se questo ha un effetto positivo sulla stabilizzazione degli aspetti internistici, dall'altro può provocare nei pazienti un forte senso di smarrimento personale associato a sensazioni di perdita di elementi identitari. Appare quindi auspicabile che la persona inizi a *vedersi* e soprattutto *sentirsi* all'interno di altre esperienze di vita quotidiana, per riattivare il cambiamento dei propri processi di costruzione di significato su eventi di vita vissuti; questo processo appare prerequisito necessario per permettere ai pazienti di poter riacquisire il controllo anche su altri elementi della loro vita che non siano il cibo o il corpo.

Per quanto queste due modalità contrapposte di intendere il sintomo e di lavorare con o contro di esso appaiono inconciliabili, esse dovrebbero coesistere e camminare su binari paralleli, la cui meta finale è il recupero globale della persona: recupero che secondo la prima modalità, corrisponde al ripristino di condizioni fisiche stabili, secondo l'altra modalità è finalizzato al cambiamento della persona verso una condizione di maggiore movimento del sistema.

In questo senso, credo che l'esperienza dell'equipe multidisciplinare, se costituita da elementi che, pur con diverso orientamento, riescano ad avere come modalità di lavoro condiviso la costruzione di una relazione significativa e non giudicante con i pazienti, possa rappresentare un'opportunità potenzialmente utile di connubio tra le diverse modalità di vedere e lavorare con la sofferenza psichica. Tuttavia, a mio avviso, il prerequisito affinché questo possa avvenire con i pazienti è che già a partire dall'interno della stessa équipe di lavoro si parta dalla costruzione di relazioni non giudicanti e di un clima di scambio reciproco. È da sottolineare che purtroppo questo non è sempre possibile a causa di limitazioni che spesso hanno a che fare con la difficoltà del lavoro quotidiano con pazienti adolescenti e in fase piuttosto acuta della malattia, in cui spesso le emozioni negative sono amplificate, in cui gli agiti comportamentali sono frequenti e in cui si ha quotidianamente (e per più ore consecutive) a che fare con la sofferenza di più individui e delle loro famiglie. Questa continua esposizione alla sofferenza e alle emozioni negative dei pazienti porta spesso a sviluppare negli operatori vissuti di impotenza, inadeguatezza, rabbia, vissuti che spesso mi sono trovata a vivere in prima persona e che ho avuto molta difficoltà a gestire. È possibile infatti che se non adeguatamente elaborati in gruppo, questi vissuti degli operatori possano minare in primis la disponibilità a mettersi in discussione nel rapporto con i colleghi e allo stesso modo possano minare la disponibilità ad assumere un atteggiamento di apertura nei confronti dei pazienti. Mi è capitato infatti di sperimentare grossa difficoltà a gestire questi miei vissuti, difficoltà che non ho visto ad esempio in colleghi con maggiore esperienza professionale rispetto alla mia o con colleghi che, come strumento di lavoro, non utilizzavano la relazione intersoggettiva con il paziente. In quei momenti è stato molto utile per me rendermi conto in primis che anche altri colleghi stavano vivendo le mie stesse difficoltà, nonostante la diversità dei pazienti. In secondo luogo, è stato importante poter ricevere delle brevi ma puntuali supervisioni dalla NPI che era a capo dell'equipe, la cui formazione come psicanalista a più volte permesso a me e agli altri colleghi di poter elaborare e "lavorare" sugli elementi *contro-transferali* delle nostre relazioni con i pazienti.

La seconda domanda che mi sono posta all'inizio di questo contributo è stata: è possibile in questo contesto di cura riattivare un processo di movimento del sistema? Secondo il modello costruttivista intersoggettivo, qualsiasi tipo di cambiamento è prodotto dalla possibilità di integrare le parti non-me, in questo caso quelle oscurate dal sintomo, all'interno del proprio Sé, attraverso "momenti di incontro" con l'altro che avvengono all'interno della relazione terapeutica.

tica (The Boston Change Process Study Group, 2010). Questo processo trasformativo del proprio Sé, obiettivo primario della terapia ad orientamento costruttivista-intersoggettivo, implica un percorso terapeutico di lunga durata che sembrerebbe apparentemente inconciliabile con i tempi dettati da una struttura ospedaliera. Questo è parzialmente vero ed è dipendente da quelli che sono gli obiettivi del terapeuta ad orientamento costruttivista-intersoggettivo. Secondo la mia esperienza un obiettivo auspicabile e condivisibile all'interno del contesto ospedaliero è il poter fornire ai pazienti degli spazi in cui sperimentare che *quel sintomo è stata la modalità migliore che ho saputo trovare in quel momento*; questo potrebbe quindi essere considerato un obiettivo da raggiungere in quanto può essere considerato il punto di partenza per l'accettazione di sé e per quindi iniziare ad esplorare nuove possibili vie, percepite come percorribili. Vie percorribili, le quali purtroppo il paziente in questo contesto non può attraversare interamente e fino alla loro conclusione, data l'organizzazione ospedaliera e l'inevitabile passaggio ad altre strutture di "cura". Tuttavia, fornire ai pazienti uno spazio in cui poter comprendere la funzione dei loro movimenti, in cui entrare in contatto con altre parti di sé "nascoste dal sintomo", spazio in cui riconoscere queste parti per poterci dialogare e riconoscerle come parti del sé, può essere considerato un punto di partenza per provare ad esplorare le altre *vie percorribili*, da attraversare poi in altri contesti e con altre figure professionali.

### Riferimenti bibliografici

- Bara, B. (2006). *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva. Vol. 3: Patologie*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Blanco, S., Benevento, D., & Reda, M. A., (2000). *I disturbi alimentari psicogeni precoci, un'interferenza nello sviluppo del senso di sé?* Roma: Cibus, IUP.
- Bowlby, J. (1990). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Raffaello Cortina: Milano.
- Bromberg, P. M. (2011). *The shadow of the tsunamis: And the growth of the relational mind*. Hillsdale: Routledge. (trad. it. *L'ombra dello tsunami; la crescita della mente relazionale*. Milano: Raffaello Cortina, 2012)
- Chatoor, I., Dikson, L., Schaefer, S., & Egan, J. (1985). A developmental classification of feeding disorders associated with failure to thrive: Diagnosis and treatment. In D. Drotar (Ed.), *New directions in failure to thrive: Research and clinical practice* (pp. 235-258). New York: Plenum Press.
- Chatoor, I., & Egan, J. (1983). Nonorganic failure to thrive and dwarfism due to food refusal: A separation disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 22, 294-301.
- Chatoor, I., Egan, J., Getson, P., Menevielle, E. & O'Donnell R. (1988). Mother infant interactions in infantile anorexia nervosa. *Journal Academic Child Adolescent Psychiatry*, 27, 535-40.
- Cionini, L. (2013). *Modelli di psicoterapia*. Roma: Carocci.
- Cionini, L., & Mantovani, I. (2016). Leggere la dissociazione dell'esperienza del trauma relazionale: la psicoterapia nell'ottica costruttivista intersoggettiva. *Costruttivismi*, 3, 40- 62.
- Cionini, L., & Provvedi, G. (2003). Explication and understanding in the psychotherapeutic process: The co-construction process of the 'logic' of the symptom by the therapist and the patient. In G. Chiari & M. L. Nuzzo (2003). *Psychological constructivism and the Social World*. Milano: Franco Angeli.
- Cionini, L., & Ranfagni, C. (2011). La Psicoterapia. In A. Salvini & M. Dondoni (a cura di), *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*. Firenze: Giunti.

## Al di là del sintomo

- Galimberti, U. (2010). *L'ospite inquietante* (Vol. 1). Milano: Feltrinelli.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs* (Vols. 2). New York: Norton.
- Lambruschi, F. (2004). *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva: Procedure di assessment e strategie terapeutiche*. Torino: Bollati Boringhieri
- Popper, K., & Eccles, J. C. (1982). *L'io e il suo cervello: Dialoghi aperti tra Popper ed Eccles*. Roma: Armando.
- Stern, D. N. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri.
- The Boston Change Process Study Group (2010). *Il cambiamento in psicoterapia*. Milano: Cortina.

### L'Autrice

Valeria Costanzo è una psicologa clinica e psicoterapeuta, specializzata alla Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva a orientamento costruttivista intersoggettivo del CESIPc. Dal 2013 lavora presso l'IRCCS Fondazione Stella Maris come psicologa occupandosi di diagnosi e trattamento precoce di Autismo. Parallelamente svolge attività di psicoterapia all'interno della sezione per i Disturbi della Condotta Alimentare della Stella Maris e svolge la libera professione a Livorno.  
Email: v.costanzo@live.it



### Citazione (APA)

Costanzo, V. (2019). Al di là del sintomo: un'esperienza di applicazione del modello costruttivista intersoggettivo nel lavoro con adolescenti con Disturbi della Condotta Alimentare, all'interno di un contesto di equipe multidisciplinare ospedaliero. *Costruttivismi*, 6, 42-53. doi: 10.23826/2019.01.042.053