

“Immagine del corpo e alimentazione.

La specificità della danzamovimentoterapia nel trattamento dei disturbi alimentari.”

di Massimo Cuzzolaro e Nicoletta Della Torre

“Immagine del corpo e alimentazione” *di Massimo Cuzzolaro*

Parto da un paradosso: la danza, in particolare classica, è un noto fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi dell'alimentazione; la danza, in particolare la danza-movimento-terapia può essere un importante fattore terapeutico per le stesse patologie.

Se esploriamo il famoso database dei giornali medico-scientifici PubMed, dobbiamo superare, prima di tutto, una possibile confusione fra *dance therapy* e *dance medicine* (medicina specializzata nella cura delle malattie professionali delle danzatrici).

Poi, scopriremo che sono molti i lavori dedicati al primo tema (la danza come fattore di rischio) mentre sono pochissimi quelli dedicati al secondo (la danza come fattore terapeutico).

Queste brevi note sono dedicate all'immagine del corpo, concetto centrale per comprendere i possibili punti di azione della danzamovimentoterapia nei disturbi dell'alimentazione e della regolazione del peso corporeo: anoressia nervosa, bulimia nervosa, *binge eating disorder*, disturbi dell'alimentazione sottosoglia e obesità.

Il concetto di *immagine del corpo*

L'etiopatogenesi dei disturbi dell'alimentazione è complessa o, come si dice, multifattoriale. E il rapporto problematico con l'immagine del proprio corpo è il nucleo psicopatologico che precede i comportamenti alimentari abnormi e il calo ponderale e spesso persiste, come uno strato roccioso, anche dopo importanti miglioramenti delle condotte alimentari e del peso corporeo.

Ma che s'intende con l'espressione immagine del corpo?

Il concetto di immagine del corpo fu introdotto negli anni trenta del Novecento, una trentina d'anni dopo quello di schema corporeo.

Intorno al 1935, Paul Schilder, neuropsichiatra e psicanalista, lo definì come il quadro mentale che ci facciamo del nostro corpo e aggiunse che l'immagine del corpo non è semplicemente percezione, sebbene ci giunga attraverso i sensi, ma comporta schemi e rappresentazioni mentali, pur non essendo semplicemente una rappresentazione.

Questo punto merita una sosta: l'immagine del corpo per Schilder non è semplice percezione e neppure semplice rappresentazione. Non si identifica con i limiti anatomici del soma e con i suoi spostamenti nello spazio, che riguardano piuttosto un altro concetto, quello di schema corporeo.

Schilder parlava di un'immagine vissuta, risultato dinamico di una continua attività interna sulla base dei rapporti con il mondo esterno. Insomma, di un corpo vissuto, investito da cariche affettive e da giudizi di valore.

È fatale, a questo proposito, ricordare Edmund Husserl che, nella quinta delle sue Meditazioni cartesiane, introdusse le due nozioni di *Koerper*, corpo-oggetto, e *Leib*, corpo vissuto. E dimostrò con finezza come l'uomo sia corpo-vissuto sempre pronto, però, a precipitare nel corpo-oggetto. La proprietà del corpo - intesa insieme come possesso-controllo e come peculiarità - è sempre a rischio di essere rovesciata in oggettivazione e quindi sottratta.

Fra i tanti contributi allo studio dell'immagine del corpo voglio citare ancora solo quello di Françoise Dolto, fondato sulla sua lunga attività di ricerca nel campo della psicanalisi infantile.

Dolto definì lo schema corporeo come la nostra vita carnale a contatto con il mondo fisico e ritenne che fosse sostanzialmente lo stesso per tutti gli individui della specie umana. L'immagine del corpo, invece, sarebbe propria di ciascuna persona, legata al singolo individuo e alla sua storia: quindi, alla sua speciale, irripetibile identità soggettiva e alle sue vicissitudini relazionali. Secondo Françoise Dolto l'immagine del corpo rappresenta in ogni momento, la memoria inconscia di tutto il nostro vissuto relazionale.

Schema corporeo e immagine del corpo non sono sinonimi.

I due costrutti sono nati per coprire domini diversi e sono campo di studio di discipline diverse, la neurologia da una parte, la psicologia e la psicopatologia dall'altra.

Schema corporeo e immagine del corpo sono due concetti che riflettono, una volta di più, l'ancora irriducibile dualismo soma/psiche dal quale siamo partiti e che condiziona il nostro modo di pensare; il doppio registro teorico al quale siamo ancora costretti per descrivere certi fenomeni e, poi, certi altri.

Agli albori della storia di queste idee, si collocano i lavori di due tedeschi, il fisiologo Hermann Munk e il neuropatologo Carl Wernicke, a cavallo tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento. Munk attribuì alle sensazioni corporee dei primi stadi della vita un'importanza fondante per la costruzione di un'immagine stabile del proprio corpo nello spazio. Wernicke ritenne che l'integrazione dei segnali provenienti dai diversi organi di senso consentisse di costruire una sorta di grande immagine complessiva del corpo, da lui definita consapevolezza del corpo o somatopsiche.

In quello stesso giro di anni, l'osservazione di certi singolari fenomeni patologici, definiti *aschematiche*, portò a supporre che il nostro cervello disegni e aggiorni continuamente una sorta di mappa del nostro proprio corpo, uno schema al quale contribuiscono dati percettivi e reazioni motorie.

Da tale disegno dipendono giudizi di unità somatica (il mio corpo è uno), di identità (io sono quel corpo, solo quello, sempre quello dalla nascita alla morte) e il senso dinamico, aggiornato in tempo reale, della collocazione e dell'orientamento nello spazio, sia del corpo nel suo insieme che delle sue diverse parti fra loro.

Non basta. Per guidare i movimenti il cervello deve integrare le informazioni relative al corpo (*body schema*) con quelle relative agli oggetti e allo spazio che circonda il corpo (*peripersonal space*). Un quesito aperto, fra i tanti, è quello relativo agli strumenti aggiunti al corpo: un bastone che tengo in una mano, come si integra con il mio schema corporeo permettendomi di valutare dove posso arrivare con l'aiuto di quello strumento?

Come accennavo prima, sono state soprattutto certe condizioni morbose a sollecitare la formulazione delle prime ipotesi sulla mappa del corpo.

Nel 1905, l'otologo francese Pierre Bonnier descrisse un'alterazione patologica della rappresentazione del corpo che aveva osservato in casi di labirintopatia. I suoi pazienti dichiaravano di percepire il proprio corpo come più grande, più piccolo, distorto o senza confini e il medico inventò il termine francese *aschematiche* per indicare quella che gli appariva come un'anestesia delle caratteristiche spaziali del corpo, capace di provocare un disturbo essenzialmente topologico.

Bonnier, dunque, fu il primo a ipotizzare con chiarezza l'esistenza di una rappresentazione del corpo - topografica, spaziale e dinamica - che permette di orientarsi rispetto all'ambiente esterno.

Più tardi, grazie a studiosi come Henry Head, Gordon Morgan Holmes e Arnold Pick, le *aschematiche* sono diventate un capitolo importante della neuropatologia.

I disturbi dello schema corporeo sono definiti negativi quando manca la consapevolezza di parti del corpo. Qualche esempio per chiarire il concetto: l'autotopoagnosia è l'incapacità di indicare parti del corpo in risposta a comandi; la sindrome di Gerstmann è l'incapacità di riconoscere le dita della mano; nell'emisomatoagnosia è ignorata metà del corpo, che resta fuori dal campo di coscienza.

Le *aschematiche* positive sono invece quelle nelle quali vi è l'illusione dell'esistenza di parti del corpo che in realtà mancano. Un esempio classico è la sindrome dell'arto fantasma degli amputati, descritta per la prima volta a metà del XVI secolo da un grande chirurgo militare francese, Ambroise Paré.

Mi viene in mente un'associazione, che ci fa tornare di colpo ai disturbi dell'alimentazione e del peso. *Phantom limb* è l'espressione inglese che designa l'arto fantasma di Paré. E *phantom fat* è il modo con il quale alcuni ricercatori hanno chiamato, per evidente analogia, la sensazione di essere ancora grassi, grassi come prima, che accompagna a lungo soggetti sottoposti a chirurgia bariatrica malgrado la perdita di decine e decine di chili di peso. Cash e i suoi collaboratori hanno chiamato questa traccia persistente, *vestigial effect*.

La questione delle aschematiche è, naturalmente, piena di incertezze anche su punti cruciali. Per esempio, in un classico lavoro sullo schema corporeo, Arnold Pick, discutendo il fenomeno degli arti-fantasma degli amputati, sostenne che in caso di mancanza congenita di uno o più arti, questa aschematica positiva non si verifica. La sua tesi, confermata da alcune ricerche successive, sembrava avvalorare l'ipotesi secondo la quale lo schema corporeo si disegnerebbe a partire dall'esperienza del corpo reale di ciascuno e non sarebbe un modello *a priori*. Altri studi, però, hanno smentito questo enunciato. Ne ricordo uno solo. In anni molto più recenti, Melzack e collaboratori, studiando soggetti con mancanza congenita di arti o amputazioni precoci avvenute nei primi anni di vita, hanno riscontrato il sintomo dell'arto-fantasma in un discreto numero dei primi e nella metà circa degli altri.

Lo studio dell'immagine del corpo riguarda vari settori clinici: non solo il disturbo di dismorfismo corporeo e i disturbi dell'alimentazione ma anche le reazioni a deformità congenite, malattie sfiguranti, alterazioni dell'aspetto fisico dovute a eventi traumatici o a terapie, mediche o chirurgiche.

Nei primi anni Sessanta del secolo scorso, Hilde Bruch è stata fra i primi autori a sottolineare i difetti e le distorsioni dell'immagine corporea e delle percezioni enterocettive nell'anoressia nervosa. Ha anche, giustamente, insistito sul valore diagnostico e, forse, prognostico di questo sintomo nucleare nella psicopatologia anoressico-bulimica. Ma solo una ventina d'anni dopo, i sistemi di classificazione dei disturbi mentali hanno accolto questa tesi. E a differenza dei *Feighner Diagnostic Criteria* del 1972, sia il DSM-III del 1980 che le edizioni e revisioni successive hanno considerato la presenza di disturbi dell'immagine corporea un elemento essenziale per la diagnosi di anoressia nervosa.

Voglio soffermarmi brevemente sull'espressione immagine negativa del corpo.

È interessante l'introduzione, piuttosto recente, di questo concetto-ombrello che raccoglie condizioni diverse, accomunate da un profondo, invalidante disagio legato all'immagine fisica di sé. La *negative body image*, secondo la definizione di James Rosen, comprende non solo le preoccupazioni legate a difetti immaginari (la classica dismorfofobia di Morselli), ma anche quelle focalizzate sul peso e sulle forme del corpo (anoressia nervosa e bulimia nervosa) e quelle, infine, che dipendono da un particolare, intensissimo malessere con il quale un soggetto vive un'anomalia oggettiva del sembiante come un'obesità grave, una dermopatia sfigurante o una mutilazione. Un corpo obeso, per esempio, può essere portato nel mondo con disinvoltura, perfino con maestosa eleganza, oppure con imbarazzo, vergogna, estremo disagio.

I disturbi dello schema corporeo sono patologie neurologiche riconducibili in genere ad alterazioni somatiche. Sull'immagine del corpo, invece, pesano molto i fattori ambientali, sociali e culturali.

La rappresentazione mentale del proprio sembiante è profondamente iscritta nel contesto socio-culturale di appartenenza.

Un campo di ricerca importante e molto frequentato è proprio il peso dei fattori macrosociali, dei valori estetici propri di ogni cultura che gravano sulla cerniera che lega l'immagine del corpo al senso del proprio valore, alla stima di sé.

Lo stigma sociale che colpisce l'obesità rientra, per esempio, in questo campo di fenomeni. Tende a persistere (gli autori di lingua inglese parlano di *residual bias*) anche dopo una consistente perdita di peso. E, in ogni caso, la sua attenuazione dipende in buona parte dal metodo seguito per dimagrire: la chirurgia bariatrica, per esempio, fa salire meno della dieta la stima sociale per una persona obesa che ha perso peso.

All'alba del terzo millennio coesistono nel mondo, fianco a fianco, differenze culturali persistenti e assimilazioni sostenute dalla diffusione globale degli stessi stereotipi mass-mediatici.

Nei paesi occidentali, per esempio, è diffusa la *muscle dysmorphia* o *bigorexia* (in italiano con un brutto anglicismo *bigorexia* o, forse meglio, *vigoressia*), anoressia nervosa a rovescio che colpisce soprattutto giovani maschi, ossessionati dalla ricerca di un corpo sempre più grande, muscoloso e possente. Tra questi *body builders*, dediti all'esercizio fisico in modo compulsivo, è frequente l'abuso di steroidi anabolizzanti. Gen Kanayama e collaboratori considerano queste sostanze *body image drugs* al pari di quelle di cui si può far abuso per perdere peso, le *slim balls* (anoressanti, lassativi, diuretici etc.).

A Taiwan, invece, gli uomini sembrano ancora poco preoccupati per la loro immagine e, in particolare, non sembra affatto diffuso il mito di un corpo ipermuscolare.

Il contagio da parte dei modelli estetici occidentali è avvenuto, invece, tra le giovani donne delle isole Fiji. Arthur Crisp definì questa storia *a tale of corruption*: Nello scorcio finale del ventesimo secolo, dopo l'arrivo della televisione, le ragazze fijiiane hanno abbandonato, in pochi anni, la predilezione per corpi femminili abbondanti e formosi che era tradizionale nella loro cultura. Hanno cominciato a prediligere, invece, figure magre e sottili e a manifestare comportamenti alimentari abnormi.

“La specificità della dmt nel trattamento dei disturbi alimentari” di Nicoletta Della Torre

Nella letteratura internazionale relativa al trattamento dei disturbi alimentari c'è accordo sulla maggiore efficacia terapeutica di un approccio multidisciplinare. Nei vari contesti terapeutici, ambulatoriali e residenziali, la multidisciplinarietà viene resa operativa su un terreno di confine tra tante discipline e professionalità al fine di affrontare la complessità del disturbo alimentare, intervenendo su Corpo, Mente, Relazione. In questo incontro faticoso e complesso tra mondi, quello della medicina e quello della psicologia, spesso viene “drammatizzato” il rapporto corpo-mente difficile e conflittuale, fondamento stesso del disturbo dell'immagine corporea nel disturbo alimentare.

La letteratura segnala anche l'importanza di integrare ai tradizionali approcci e metodi di trattamento, al fine di migliorarne efficacia ed efficienza, specifici interventi per l'immagine del corpo, aspetto nucleare del disturbo alimentare. Già Hilde Bruch segnalava come la premessa indispensabile alla guarigione sia un concetto realistico di immagine corporea.

Gli attuali approcci al trattamento delle problematiche dell'immagine corporea seguono diverse prospettive: psicoanalitica, esperienziale, cognitivo-comportamentale, psicoeducazionale, ecologica, farmacologica. Un vasto panorama, quindi, di tecniche specifiche che può essere sinteticamente riconducibile a due filoni di tipologie di intervento: gli interventi che hanno per obiettivo la correzione di distorsioni percettive riguardo il corpo e la sua immagine, con approcci visuo-motori che si prefiggono di influenzare il livello della propria consapevolezza corporea; e gli interventi che cercano di migliorare i disturbi cognitivi e comportamentali antecedenti e conseguenti al disturbo dell'immagine del corpo, prefiggendosi di influenzare sentimenti, emozioni, vissuti, pensieri verso il corpo e le sue parti. Ritroviamo, quindi, un'interazione circolare tra percezioni, comportamenti, emozioni e cognizioni.

Nel panorama internazionale l'uso delle tecniche esperienziali ed espressive, tra cui soprattutto arte terapia e danza terapia, nella cura dei disturbi alimentari è andato molto aumentando negli ultimi dieci anni. In Italia solo in questi ultimi anni la DanzaMovimentoTerapia ha cominciato ad essere presente in modo strutturato all'interno del programma terapeutico multidisciplinare di molti setting di cura dedicati e specializzati nel trattamento dei disturbi alimentari. Con maggior frequenza la dmt è parte integrante di progetti continuativi ambulatoriali e nelle comunità terapeutiche, dove la qualità e la durata del trattamento sono in funzione di obiettivi più ampi, di tipo psicoterapeutico e socio-riabilitativo; più insolita la dmt nei reparti di trattamento riabilitativo intensivo.

E' purtroppo da segnalare come, nonostante sia sempre più diffusa la convinzione tra i clinici dell'utilità delle terapie espressive, ci siano purtroppo ancora pochissimi studi scientifici sull'argomento. Con piacere ricordo tra le pubblicazioni in lingua italiana uno scritto del 2001 di Vincenzo Bellia che ha il pregio di essere uno dei rari lavori con intenzione di studio sperimentale sull'efficacia della dmt con pazienti con da. Scrive: *"L'impiego clinico del linguaggio corporeo ha potenzialità particolarmente interessanti proprio in forza degli isomorfismi che consentono di incontrare il paziente nel medesimo universo di codici simbolici, di parlare il suo stesso linguaggio."* E ancora: *"La dmt (..) in forza del suo isomorfismo con l'espressività anoressico-bulimica (..) può attivare processi psicodinamici in un orizzonte linguistico "possibile", con il duplice obiettivo di generare una nuova esperienza di sé a livello del simbolismo corporeo, per facilitare quindi l'accesso al livello simbolico-elaborativo."* (V. Bellia, "Prendere corpo nel gruppo. Danzamentoterapia e disturbi alimentari" in "Dove danzavano gli sciamani", Franco Angeli, 2001)

La dmt può diventare, quindi, uno strumento d'elezione nelle situazioni, quali il disturbo alimentare, in cui persiste una evidente difficoltà nel processo di simbolizzazione, quando ciò che è sensazione-emozione sembra restare confinato nello spazio somatico e poter essere espresso prevalentemente attraverso l'agire e l'organizzarsi in comportamenti, quando il corpo assume una significativa centralità e diventa lo strumento privilegiato per esprimere conflitti psichici e di relazione.

Nei disturbi alimentari incontriamo un corpo-malato che necessita molto spesso di un trattamento medico "salva vita", un corpo-sintomo che viene analizzato, valutato, monitorato.. in persone ossessionate dal controllo del corpo e, così, delle proprie emozioni.

S., 24 anni, con una anoressia restrittiva molto seria dopo un incontro di dmt scrive: "La sensazione del mio corpo? Un involucro materiale, pesante e impermeabile." "Corpo ed Emozione: vivo di emozioni fortissime e per le emozioni, ma non sempre me le posso permettere.."

Incapsulate in rituali ossessivi, in una sospensione temporale, le persone arrivano più o meno rapidamente a ritirarsi dalla vita relazionale in un estremo tentativo di evitare il confronto con il nuovo, con l'evolvere della vita, con l'altro da sé.

L'esperienza soggettiva del corpo sembra come risucchiata e divorata da quella del corpo-oggetto, del corpo estraniato e svuotato di intenzionalità.

Le pazienti ci parlano di un corpo distante, estraneo, nemico.. Hanno l'impressione che non appartenga realmente a loro, di non aver il dominio sulle sue funzioni e continuamente sentono di "non essere come dovrebbero". Nelle persone con anoressia prevale la distorsione della percezione del proprio corpo; per chi vive problemi di bulimia prevale la paura che il corpo cambi improvvisamente e che sfugga al proprio controllo; in chi soffre di binge eating disorder prevale il disprezzo e il disgusto per il proprio corpo, il senso di colpa e la vergogna, la sensazione di scollamento dal proprio corpo.

Riprendendo il titolo di questo contributo, qual è la specificità della danzaterapia nel lavoro per l'immagine del corpo nei disturbi alimentari? *La dmt restituisce pienamente il concetto di immagine del corpo alla sfera della corporeità, valorizzandone la dimensione "embodied"*. Il movimento, linguaggio del corpo e della dmt, offre risorse vitali e dinamiche al lavoro specifico per l'immagine del corpo. Il movimento facilita la possibilità di relazionarsi al concetto di immagine corporea in modo estremamente duttile e vivo, di uscire dal riduttivismo della "fotografia scattata dalla mente sul corpo", di valorizzare la connessione con le esperienze possibili di sé come unità mente corpo relazione e di riconoscerne le potenzialità trasformative.

Quali sono le qualità dell'immagine del corpo "sana"? Prima tra tutte la flessibilità: la rappresentazione del corpo può cambiare, influenzata dalle sensazioni interne, dagli eventi intrapsichici e dagli eventi esterni;

mentre uno schema nucleare del corpo rimane comunque costante, garantendo un senso di stabilità e coesione. Poi, il suo essere in relazione con la realtà del mondo e gli aspetti sani della personalità: l'immagine del corpo coincide con ciò che il corpo realmente appare, che è come gli altri oggettivamente lo percepiscono. L'immagine del corpo che la persona mantiene è realistica quindi, e non un ideale a cui tener fede. Infine la tridimensionalità: l'immagine del corpo è esperita come piena, rispetto all'immagine bidimensionale del corpo che si osserva davanti allo specchio. E' completa: include e accetta tutte le parti. Ogni parte della struttura del corpo è sentita viva ed è disponibile alla coscienza semplicemente rivolgendo ad essa l'attenzione. Al contrario, se una parte è sentita come "fredda" o "lontana dal contatto" per l'individuo, l'immagine del corpo tende a diventare fissa, irrealistica, e perde il senso di esistenza. Questa qualità dell'esperienza tri-dimensionale include la dimensione del movimento, che è specifica dell'intervento di Dmt.

In uno scritto di Paivi Pylvanainen del 2003, ritroviamo una concettualizzazione di Immagine del corpo particolarmente interessante per il nostro discorso: l'autrice fa riferimento al corpo come esperienza psicologica che include tre aspetti (proprietà dell'immagine, sensazioni vissute o sé corporeo e memoria corporea) e crea delle connessioni in termini operativi alla pratica di DanzaMovimentoTerapia. (P. Pylvanainen, "Body Image: a tripartite model for use in Dance/Movement Therapy", American Journal of Dance Therapy, vol. 25, n. 1, 2003)

Nella dmt si lavora sulle *Proprietà dell'immagine del corpo*, su ciò che viene percepito, attraverso la dimensione dello sguardo e delle sensazioni corporee legate al movimento nello spazio e nella relazione con gli altri. La persona viene sostenuta ed incoraggiata nell'esplorazione delle reali proprietà della propria i.c., favorendo il confronto con la realtà e stimolando comportamenti di auto-accudimento.

Centro dell'esperienza in dmt è il *Sé Corporeo*, la totalità delle sensazioni vissute, di ciò che è esperito cinestesicamente, emozionalmente e cognitivamente dalla persona nella percezione del proprio essere fisico. Il sé corporeo fa esperienza e al tempo stesso è anche sentito, esperito e vissuto dall'individuo. Riflessivamente è proprio attraverso le azioni che il sé corporeo si modella e si trasforma. L'affettività è una qualità del sé corporeo, che gioca un ruolo chiave nella relazionalità nucleare, nella "sintonizzazione affettiva" e nella relazionalità intersoggettiva. Nella Dmt viene offerto uno spazio per interagire e comunicare attraverso il movimento. L'obiettivo del trattamento, volto all'accrescimento del proprio senso di sé in relazione agli altri, sarà la consapevolezza dei sentimenti e degli stati mentali associati alle interazioni di movimento che si verificano nel corso del proprio processo terapeutico.

L'Immagine del corpo è anche contenitore di tutte le esperienze passate, è *Memoria corporea* e include le caratteristiche chiave di tutta la nostra vita. Le memorie corporee sono prive di parole e indipendenti dalla volontà cosciente. I contenuti della memoria corporea spesso emergono nella dmt e può essere allora possibile lavorare su di essi sentendoli, esplorandoli attraverso il movimento e descrivendo le esperienze corporee. Le sfere della memoria corporea sono abituale, traumatica, erotica.

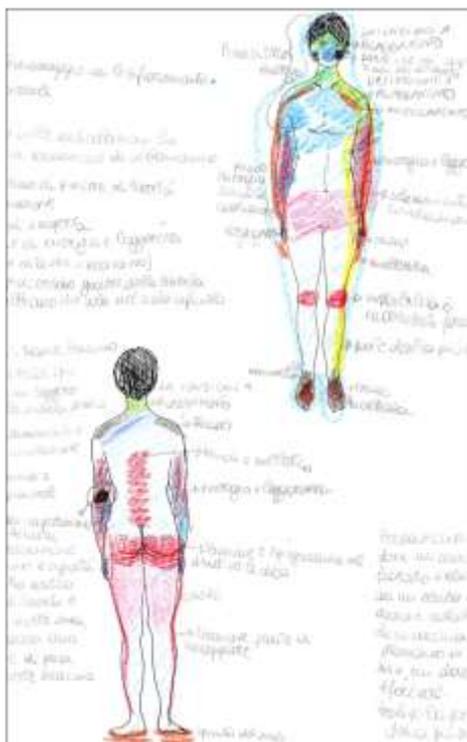
I contenuti della memoria corporea abituale (che costituisce il senso della coerenza corporea, della continuità del corpo, della familiarità con esso e dell'orientamento) possono essere utilizzati per promuovere un senso di sicurezza, di padronanza e di capacità di affrontare le situazioni.

L'esperienza di movimento può condurre in modo molto diretto e senza filtri ai contenuti della *memoria corporea traumatica*, contenitore delle sensazioni del corpo relative a momenti di sofferenza corporea, sia che siano state esperite dal soggetto stesso, sia che siano state osservate negli altri, sia che originino come sensazioni da pensieri angosciosi. In questi contenuti il corpo è frammentato e questo inibisce la sua azione spontanea ed integrata, perché la coscienza tende ad essere focalizzata sulla sofferenza ed alienata dal corpo. La frammentazione è amplificata dai sentimenti di paura e ansia associati alla situazione. E' pertanto

necessario che nel corso del lavoro con la dmt venga creato un affidabile senso di sicurezza per comunicare ed esprimere attraverso il movimento questi contenuti, con cui si lavorerà con grande cautela.

Nelle esperienze di dmt le interazioni legate al piacere si aggiungono ai contenuti affettivamente positivi della *memoria corporea erotica* (contenitore delle esperienze di piacere, essenzialmente interpersonali) e questo di rimbalzo si riflette sulla qualità positiva dell'immagine corporea e del senso di sé.

Il materiale che presento di seguito è tratto dal lavoro di gruppo con la dmt all'interno di un programma multidisciplinare residenziale per pazienti con disturbo alimentare ricoverate per alcune settimane in un reparto di riabilitazione intensiva metabolico-nutrizionale. Sono immagini e parole tratte dal "diario dell'esperienza" di ciascuna paziente, a cui veniva chiesto di lasciare una traccia con il colore e con le parole delle sensazioni, emozioni ed pensieri relativi all'incontro appena concluso. Si tratta di una sequenza di stralci delle verbalizzazioni condivise a conclusione di alcuni incontri di dmt.



A., 20 anni con un'anoressia restrittiva gravissima ma per fortuna piuttosto recente.. stava opponendosi alle cure in modo caparbio come le ragazze con anoressia sanno fare. Dopo un'incontro individuale di dmt, in cui abbiamo lavorato anche con l'automassaggio, ha pianto per ore e poi si è data la possibilità di cominciare a costruire una motivazione personale al cambiamento.

"Solo oggi mi sono resa conto di cosa mi sono fatta.. ho sentito le mie ossa.. sotto la pelle ci sono solo le ossa.. (...) Voglio guarire!"

"Ho difficoltà a sentire il mio corpo dovuta a un problema di autostima e di vergogna. Non l'ho mai apprezzato e mi riesce quasi impossibile esprimere ciò che sento a livello sensoriale e corporeo."

"All'inizio una sensazione di costrizione e rigidità nel corpo (..) e poca energia nelle braccia"

"Sensazione di fare un movimento forzato e voluto, con un senso di ansia e di instabilità"

"Danzare.. senso di piacere, di libertà e forte emozione. Emozione di riscoperta. Sensazione di energia e leggerezza nelle braccia e le dita che vibravano.. Come mi piacerebbe godere della libertà di un gabbiano che vola nel cielo infinito".

"Una sensazione meravigliosa: il corpo era in continuo movimento, incapace di fermarsi.. Un calore enorme cresceva dentro e svaniva la tristezza, facendo ritornare il sorriso e la voglia di ballare".

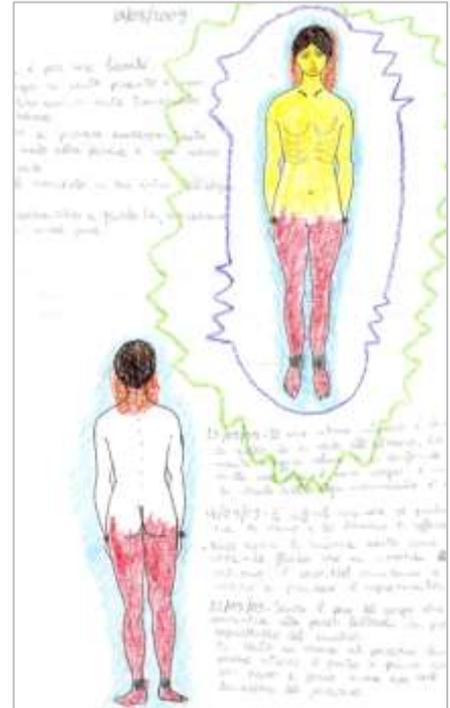
C., 22 anni, viene ricoverata per un'anoressia restrittiva che perdura da svariati anni senza aver richiesto alcun supporto terapeutico. Il ricovero, vissuto come inevitabile per l'aggravarsi progressivo sia delle condizioni fisiche che psicopatologiche, si offre come la prima occasione per avviare una riflessione su di sé, sull'origine e lo sviluppo del proprio malessere, sul significato e la funzione di questo sintomo.

“Il mio corpo mi ha portato qui..e adesso ha paura di cambiare ma è stanco e non ce la fa più a sopportarmi. Non riesco a definire meglio quello che sento. Forse ci riuscirò un'altra volta.”

“Il mio corpo si sente pesante e non riesce a liberarsi, si sente trascinato verso il basso.”

“Non riesco a provare emozioni. Sento solo un nodo alla pancia e non riesco a respirare.” “Il respiro.. E' difficile respirare se qualcosa tra lo sterno e lo stomaco ti soffoca.”

“Nella chinesfera più ristretta mi sento rassicurata e anche un po' spaventata; non c'è spazio per nessun'altra presenza. La chinesfera mediana è più ampia ma la sensazione non cambia. La chinesfera più grande mi consente un movimento libero e articolato e, nonostante lo spazio, non c'è posto per nessun altro.”



G., 23 anni, viene ricoverata per l'aggravarsi delle proprie condizioni di salute (comunque da lei disconosciute) a causa di un'anoressia purging, con una importante riduzione del proprio funzionamento globale e della propria qualità di vita.

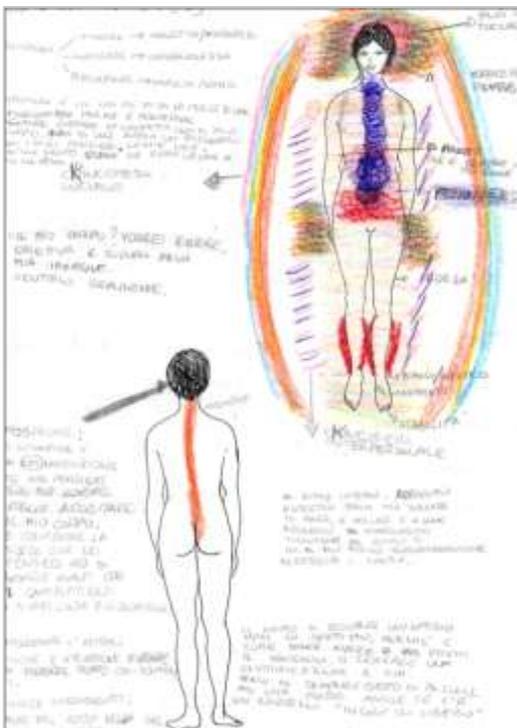
“Il mio corpo? Vorrei essere obiettiva e sicura della mia immagine, sentirlo realmente.”

“Il mio rapporto con il corpo è un'auto imposizione dei miei pensieri sul mio corpo. Voglio accettare il mio corpo..”

“Sfiurare: solletico/morbidezza. Impastare: consapevolezza. Percuotere: impulso/ritmo. Impastare è ciò che più mi dà la percezione. Massaggiare per me è percepire, sentire, entrare in contatto con il mio corpo, far sì che abbia un riscontro con i miei pensieri, le mie idee.”

“Il diritto di occupare uno spazio non lo sento mio, perché è come dover avere prima il consenso o cercare una giustificazione a ciò. Penso al semplice gesto di bussare ad una porta anche se c'è un cartello “Ingresso libero”..”

“Il mio spazio nel quotidiano. Gioco degli scacchi: i miei movimenti e posizioni sono solo successivi alle mosse degli altri (nei luoghi/posti/situazioni nuove) con persone che non conosco. La sensazione è quella principalmente di non invadere e di non essere invasa. Vorrei riuscire a pensare e ricordare di avere il diritto di occupare lo spazio in cui mi trovo per cui muovermi in esso con più sicurezza.”



D., 16 anni, con una penosissima storia familiare di degrado e di violenza, viene ricoverata per un'anorexia restrittiva.

"Io e le mie sensazioni corporee. Sono quasi due anni che ho questo disturbo alimentare e da quando è iniziato ho cominciato subito a sopprimere i bisogni fisiologici del mio corpo, se avevo fame mi facevo "violenza psicologica" per non mangiare e andando avanti con il tempo la conseguenza è stata quella di non riuscire più a sentire i bisogni del mio corpo in totale. Durante il ricovero è cambiato qualcosa. sento quando ho fame, ma non mi vergogno, è una sensazione nuova, un riscoprire se stessi e mi emoziona perché non mi sento più anormale, ma come gli altri che mangiano quando hanno fame e terminano quando sono sazi senza vergogna."

(Apertura e chiusura) "Io sto quasi sempre in una posizione di chiusura perché ho come la sensazione di stare sola con me stessa, di non essere giudicata. Quando abbiamo fatto l'esperienza di apertura partendo dalla posizione di chiusura mi sono sentita forzata e un po' in tensione. Non vorrei mai dimostrare quello che ho dentro, non riuscendo a tirare fuori le mie paure, così queste ultime aumentano. Nella mia posizione di chiusura mi sento a mio agio, nessuno può sapere cosa ho. E' come se volessi rimanere sola con la mia mente o per meglio dire con i miei schemi mentali. Però a tutto ciò è legata anche una sensazione di tristezza, di malessere e di abbandono. Come se non ci fosse una via d'uscita, è come rimanere imprigionati in un labirinto."



(Dal respiro nasce un movimento spontaneo) "La sensazione percepita è stata delicatezza, tenerezza e libertà accompagnata però da un "blocco"..un irrigidimento. C'era però anche la voglia di scacciare quell'ostacolo per viverle in pieno, ma non mi è stato possibile."

"Io e gli altri. In questo gruppo mi sono resa conto che io amo la mia solitudine. Di solito non riesco a trascorrere molto tempo con gli altri perché ho come la sensazione che dopo perdo la mia identità. Inoltre sento di stare molto bene sola con me stessa. La mia vita ora viaggia solo accanto a me stessa in un mondo piccolissimo. Dovrei cercare di cambiare ma ammetto che ho paura e al solo pensiero mi sento smarrita. Mi verrebbe da dire: vorrei ma non posso, non ora.. Vorrei davvero tornare come prima, piena di persone intorno. Ma dopo che ne sarà di me? Che effetto avrà sulla mia identità?"

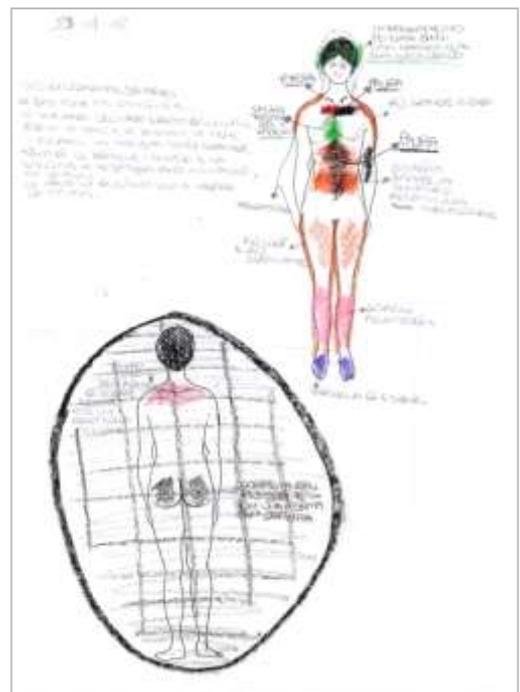
F., 20 anni, viene ricoverata per una Bulimia nervosa purging, con la richiesta di essere aiutata ad interrompere il vomito autoindotto pluriquotidiano. Nel corso del ricovero emerge una storia caratterizzata da una difficoltà importante nel controllo degli impulsi, un poliabuso di sostanze stupefacenti e una dipendenza da oppioidi.

"Visualizzazione del corpo: mi sono vista non omogenea.. le mie parti del corpo erano disuguali. Vedevo la pancia, lo stomaco, le cosce, i polpacci in maniera molto grande. Mentre le braccia, i glutei e la schiena a me sembravano non giusti, ma quasi. Di profilo riuscivo a vedere solo la pancia."

"Vorrei spaccare tutto, mi sento una rabbia che mi sale dallo stomaco sino al petto. Sono irrequieta, ho voglia di usare stupefacenti, di rompere tutto e di mandare a quel paese tutti.."

"Automassaggio: percuotere, sfiorare, impastare. Ho avuto piacere ad impastare il mio corpo.."

"Asse centrale. La sensazione mi è piaciuta. Sembrava di essere libera con la mente e con il corpo.. proprio la rotazione mi ha dato questa sensazione.. "



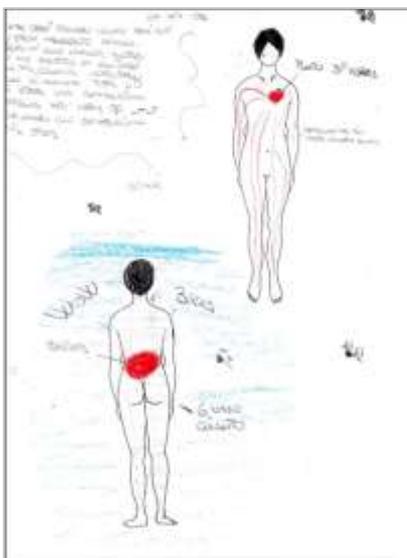
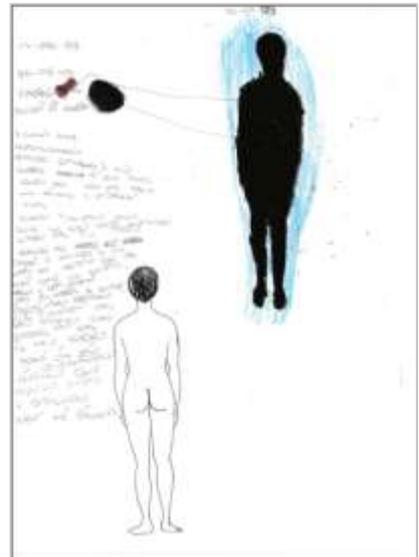
M.A. 16 anni, ricoverata per un Binge Eating Disorder. In sovrappeso fin dall'infanzia e attualmente con un'obesità di II grado, sceglie il ricovero per essere aiutata a perdere peso e a capire perché non riesce a gestire la propria alimentazione. Riferisce di aver sospeso la scuola e che per il senso di vergogna non riesce a condurre una vita sociale "normale" per la sua età. Vive praticamente dentro casa coltivando relazioni solo on line.

"Il mio desiderio rispetto al corpo è quello di essere magra bella e di essere uguale agli altri."

"Mangio troppo e sono obesa.. La mia paura è rimanere obesa tutta la vita.."

"Il mio corpo nello spazio fa schifo. La sensazione è che il mio corpo fa schifo e che non diventerà mai bello."

"Quando mi chiudo e non parlo.. sento che nessuno può farmi male più di quanto stia soffrendo."



Dopo un faticoso avvio, fatto di rifiuti, chiusure ed opposizione, M.A. riesce poi a concedersi la possibilità di aprirsi all'esperienza di gruppo.

"Per me oggi danzare insieme agli altri è stato imbarazzante all'inizio... dopo mi sono lasciata andare e ho sentito la schiena, la mia colonna vertebrale che si muoveva tutta ed è stata una sensazione strana però non so spiegare che sensazione sia stata.."

"Qualcuno nel mio corpo lavora ancora!"

"Sento energia in tutto il mio corpo!"

"Mentre danzavo le lettere del mio nome nello spazio mi sono sentita: libera, leggera, morbida, fluida, felice, sudata, magra, uguale alle altre, sensuale, sexy, bella."

L'esperienza di riconnettersi al corpo è stata un'occasione significativa anche per chi si è consentito di *viversi nel corpo* durante l'esperienza di dmt in un modo diverso dal sentirsi e dall'essere considerata come portatore di un grave sintomo, aprendosi all'esperienza creativa e alla piacevolezza dell'esperienza del movimento. *"Mi sono sentita diversa.. non ho proprio pensato al mio problema e al motivo per cui sono ricoverata qui.. Non mi capitava da tantissimo tempo.. E' stato bello!"* (D., 2008)

Il modo più diretto di riconnettersi con l'autenticità del corpo e di se stessi è attraverso il corpo. Chi soffre di un disturbo alimentare descrive il suo corpo come un estraneo e spesso un nemico. Nel recupero di un ascolto ed un contatto emotivo con se stesse si può avviare la possibilità di uscire dalla solitudine radicale in cui queste giovani esistenze sono ingabbiate e si gettano le basi per sperimentare una diversa espressione della propria soggettività, non autolesiva, non svalutativa o oppositiva, per avviare la possibilità di far fluire la vita e aprirsi al nuovo e all'incontro con l'altro. Esplorando la loro relazione con il corpo, durante il gruppo di dmt, le pazienti imparano a creare connessioni tra il loro modo di muoversi nell'esperienza terapeutica ed il loro modo di muoversi nella vita. Nel lavoro con la danzaterapia è possibile offrire a queste persone il luogo ed il tempo per dar voce ad un mondo interiore a cui non si riesce a dare ascolto, avviare un contatto con sensazioni, emozioni e pensieri nel qui ed ora dell'esperienza, interrompendo il proprio ossessivo monologo distorto su un corpo idealizzato. Uno spazio per il "corpo vivente", occasione di ricerca dell'autenticità nell'espressione di sé per consentire ad un "corpo oggetto di attenzioni" di diventare "corpo soggetto di intenzioni", di riportare il corpo alla dimensione dell'intersoggettività.