Le Monografie di

Frattali

Fabrizio Rizzi

La comprensione psicoanalitica e relazionale dei disturbi del comportamento alimentare.

Allegato al n°6

Maggio 2023

PREFAZIONE

In questo interessante articolo l'Autore, come già possiamo leggere nel titolo, propone, avvalendosi anche di una ricca e variegata rassegna bibliografica, una comprensione psicanalitica e relazionale dei disturbi del comportamento alimentare.

L'autore ben evidenzia la complessità nell'addentrarsi nei labirinti sotterranei di dolore di queste pazienti e delle loro famiglie, per capirne i significati più profondi e per pianificarne la presa in carico, individuale e familiare.

L'articolo si divide in due parti.

Nella prima parte si concentra sui comportamenti restrittivi della An, dalla diagnosi nosografica (breve rassegna dei due sistemi diagnostici più utilizzati (ICD 10 e DSM 5) alla comprensione psicodinamica attraverso una visuale psicoanalitica-relazionale nei DCA.

L'approccio psicoanalitico relazionale si focalizza meno sul sintomo concentrandosi per lo più sui significati più profondi, a partire da quello inconscio, non vedendolo come un difetto o un "errore" (approccio psichiatrico e cognitivo) bensì come una difesa.

L'autore evidenzia come l'approccio psicanalitico e quello sistemico si riferiscano ad una visione conflittuale, interattiva e dinamica ponendo il focus su due aspetti:

a. il concetto che il sintomo alimentare rappresenta un tentativo di risolvere una condizione di angoscia, una intensa difficoltà psichica;
b. la nozione per cui è fondamentale comprendere il paziente in riferimento alle tappe evolutive del suo ciclo di vita (non solo adolescenziale ma attraverso una attenta raccolta della storia individuale e familiare.

Proseguendo nella lettura troviamo una serie di paragrafi che indicano al lettore una sorta di percorso che parte dal significato psichico del cibo, corpo, sessualità, passando agli aspetti fase- specifici e strutturali dell'adolescenza (tra angosce di individuazione e bisogno di controllo) per arrivare alla considerazione più relazionale -sistemica delle complesse dinamiche familiari , soffermandosi in particolare sul rapporto madre-figlia (ad alto tasso di ambivalenza), sul formato della coppia (spesso da tempo in tensione e conflitto) evidenziando la labilità dei confini generazionali di queste famiglie che fino all'arrivo del dca vivono ina sorta di narrazione idealizzata.

In ultimo si accenna brevemente alla durata dei trattamenti ed evoluzioni possibili dell'anoressia, così come riportano alcune ricerche.

Nella seconda parte l'autore passa in rassegna la Bulimia nervosa e i B.E.D. (Bing Eating Disorders) descrivendone i vissuti attraverso le lenti psicoanalitiche non tralasciando mai l'integrazione della lettura relazionale.

Anche in questa sezione viene descritta in maniera approfondita la complessa dinamica di rapporto tra madre e figlia e la famiglia di queste gravi pazienti.

Un paragrafo riguarda l'ipotesi traumatica nell'eziopatogenesi della bulimia ed un ultimo interessante paragrafo riguarda il trattamento dei DCA e le difficoltà specifiche che il terapeuta incontra ed in cui è messo alla prova.

L'autore organizza in discorso sul trattamento intorno a quattro aspetti specifici:

1)la fase della valutazione
2) le specificità nel trattamento delle forme anoressiche e di quelle bulimiche
3) il lavoro con i genitori e le famiglie
4) alcuni possibili problemi di controtransfert

La ricchezza dell'articolo risiede nell'aver proposto a livello teorico una lettura di significato dei DCA attraverso una lente psicoanalitica relazionale e a livello di prassi l'aver ben evidenziato l'importanza dell'approccio sistemico nella doppia presa in carico individuale e familiare, riconosciuto come quello di maggior efficacia e successo nel tempo.

Sara Ferraris
Psicologa e psicoterapeuta.
Didatta della Scuola Mara Selvini Palazzoli

Autore

Fabrizio Rizzi psicologo psicoterapeuta, già dirigente psicologo presso la U.O. di Psicologia Clinica della Asl di Trento; docente alla scuola di specializzazione di psicoterapia psicoanlitica del Ruolo Terapeutico di Genova; collaboratore a chiamata della Scuola di Specializzazione in psicoterapia sistemica "Mara Selvini" sede di Brescia.

INTRODUZIONE

Il testo, relativo alcuni seminari effettuati dall'autore nel 2021 e 2022, tratta dei disturbi del comportamento alimentare considerati da un punto di vista psicoanalitico relazionale, cioè con una visuale che cerca di esplorare i significati sottostanti al comportamento patologico verso il cibo, pur non trascurando mai l'importanza di una sintomatologia che coinvolge fortemente il corpo ponendo seri rischi non solo per la salute ma anche per la sopravvivenza stessa. Viene sottolineata l'importanza della tappa evolutiva in cui compare di disturbo (in prevalenza l'adolescenza), l'aspetto difensivo dei sintomi e gli aspetti inconsci ad esso sottesi. Si analizzano inoltre gli aspetti famigliari, le dinamiche trans-generazionali e alcuni contenuti paradossali che sono specifici di questa casistica clinica. Viene descritta per prima la diagnostica psichiatrica classica sui dca (Dsm ed Icd), per differenziarla poi dalla visuale psicodinamica; si descrivono prima i disturbi di tipo restrittivo (l'Anoressia mentale e le sue varie forme) e successivamente quelli contraddistinti da abbuffate (Bulimia nervosa, Bed). Vengono infine approfonditi gli aspetti critici sul piano della relazione terapeutica, in particolare il coinvolgimento emotivo controtransferale del curante che incontra dei pazienti per lo più difficili ma anche molto coinvolgenti.

PRIMA PARTE

Dalla diagnostica nosografica alla comprensione psicodinamica; specificità della visuale psicoanalitica – relazionale nei dca; tra cibo, corpo e sessualità: i comportamenti restrittivi in adolescenza ed età adulta.

Ho lavorato come psicologo psicoterapeuta nel servizio sanitario pubblico della Provincia di Trento dal 1979 incontrando una notevole quantità e differente tipologia di pazienti; poi, negli ultimi dodici anni - dal 2007 al 2019 – ho collaborato anche con un servizio specialistico per i disturbi del comportamento alimentare assieme ad altri terapeuti di differente orientamento, nonché psichiatri, dietiste e medici nutrizionisti. Questa esperienza mi ha fatto capire quanto l'area clinica dei dca sia un ambito difficile: sia in senso generale che in particolare per quegli psicoterapeuti (ma direi anche per tutti i professionisti della salute) che – senza ignorare o disinteressarsi dei sintomi – cercano però anche di capire che cosa ci sia dietro e/o dentro di essi.

Quando infatti la sintomatologia si struttura in comportamenti che – come

si usa dire – sono pericolosi "per sé e per gli altri", il focalizzare lo sguardo su ciò che combina il paziente tende ad essere inevitabile; tuttavia, questo, a mio parere, non dovrebbe mai esentarci dall'impegno a capire più in profondità la persona che curiamo ed i vari significati della sua sofferenza. Se in qualche modo il sintomo è il dito che indica la luna, non dobbiamo dimenticarci di guardare verso la luna anche quando vediamo con paura che quel dito è pieno di sangue o sembra fratturato oppure ancora mima una canna di pistola puntata contro di noi.

L'area dei disturbi alimentari è un campo clinico difficile perché quella dei dca è una condizione sintomatologica per cui si può morire o quantomeno danneggiare seriamente la salute e ciò spinge verso una comprensibile attenzione sul corpo e sull'alimentazione in quanto tale; il che però comporta il rischio di un appiattimento sul sintomo ed una prevalente medicalizzazione, sia dell'approccio diagnostico che terapeutico. Quest'ultimo tende più al versante medico-psichiatrico che psicologico-psicoterapeutico e, all'interno di questo secondo, prevale il modello cognitivo comportamentale (direi molto spesso più comportamentale che cognitivo).

Voglio sia chiaro che non intendo né da un lato criticare l'approccio cognitivo - comportamentale od altri modelli né dall'altra glorificare la psicoanalisi, orientamento in cui mi sono formato ed in cui mi riconosco. Avendo potuto collaborare spesso con colleghi di formazione diversa dalla mia, conosco per esperienza diretta l'importanza di altri approcci, *in primis* quello sistemico. Non solo per i meriti storici di Mara Palazzoli Selvini (il suo libro sull'anoressia fu pubblicato giusto mezzo secolo fa), e non solo perché le ricerche sull'efficacia dei trattamenti nei dca convergono nell'evidenziare che la terapia famigliare è quella che ottiene i risultati migliori; ma sopratutto perché in quei dodici anni al Cdca – Centro per i disturbi del comportamento alimentare di Trento ho avuto la fortuna di lavorare fianco a fianco con Maria Montanaro, una psicologa sistemica che mi ha insegnato tutto sul lavoro con le famiglie e con cui abbiamo fatto centinaia di sedute di osservazione e terapia famigliare creando un affiatato "tandem terapeutico" che abbiamo anche descritto in un articolo tempo fa.[1].

Ma anche l'approccio cognitivista più recente, che si è collegato col filone costruttivista [2] e tiene presente l'aspetto relazionale [3] può essere efficace perché, soprattutto da parte di alcuni pazienti e famigliari, che sono comprensibilmente concentrati sul sintomo alimentare, viene meglio accettato e può rappresentare un ponte che permette di transitare dal sintomo "nudo e crudo" a quello che esiste al di sotto di esso.

Come del resto avviene nella casistica clinica generale, nel campo dei dca si possono incontrare situazioni differenti, in particolare rispetto alla fase cronologica in cui osserviamo la situazione.

Ne elenco le tre principali: quando il problema alimentare è relativamente recente, non c'è ancora una situazione fisica preoccupante e un atteggiamento psichico - comportamentale stabilizzato; quando invece c'è una storia più lunga alle spalle, danni fisici più seri ed una forte

---

[1]Montanaro M. - Rizzi F.: *Il tandem terapeutico* - *in* Frattali, anno 1 n. 1, 2020

[2] Vedi in particolare: S. Sassaroli G.M. Ruggiero: *I disturbi alimentari* – Laterza, 2010

[3]*La dimensione relazionale in psicoterapia cognitiva* – Atti del Convegno SITCC 2000, ed. Curcu e Genovese

identificazione con la malattia; infine, quei casi in cui c'è sì un problema alimentare, ma associato ad altri problemi o sintomi psichici (la cosiddetta "comorbidità").

Prima di spiegare più in dettaglio cosa caratterizza la visione psicoanalitico-relazionale sui dca è necessario sinteticamente richiamare la classificazione psichiatrica, in modo da poter capire meglio le differenze tra una visione centrata solo o quasi solo sul sintomo (quella psichiatrica, appunto) e quella psicoanalitica relazionale che è – diciamo – più allargata.

LA DIAGNOSTICA PSICHIATRICA DEI DCA

I due sistemi diagnostici più utilizzati sono l'ICD e DSM.

L' ICD – International Classification of Diseases è la classificazione diagnostica che viene stilata da una apposita commissione dell'OMS Organizzazione Mondiale della Sanità. Ha uno status scientifico internazionale che dovrebbe garantire massima obbiettività e metterla sufficientemente al riparo dalle pressioni delle case farmaceutiche che hanno specifici interessi ad ampliare la gamma delle malattie per proporre sul mercato farmaci nuovi. Quest'effetto di moltiplicazione delle patologie viene chiamato col termine *disease mongering* (commercio di malattie). Ne accenno perché anche nella classificazione dei dca si assiste, nel corso degli ultimi anni, ad un allargamento / espansione dei criteri diagnostici. Non solo aumentano le malattie ed i disturbi, ma bastano sempre meno sintomi per fare diagnosi di dca, il che comporta dei pericoli come dirò più avanti. Tornando all'ICD, va detto che è una classificazione usata dalle mutue e dalle assicurazioni, dagli epidemiologi e dagli ospedali e servizi sanitari (come nel servizio di Psicologia Clinica dove io ho lavorato per anni) proprio per la sua internazionalità.

I.C.D 10 - F 50: sindromi da alterato comportamento alimentare

F50.0 Anoressia nervosa.

F50.1 Anoressia nervosa atipica.

F50.2 Bulimia nervosa.

F50.3 Bulimia nervosa atipica.

F50.4 Iperalimentazione associata con altri disturbi psicologici.

F50.5 Vomito associato con altri disturbi psicologici.

F50.8 Altre sindromi o disturbi da alterato comportamento alimentare

F50.9 Sindromi o disturbi non specificati da alterato comportamento

alimentare

ICD 11 (2022): stesse voci **+ B.E.D** e **Disturbo alimentare evitante restrittivo**

Questa è la classificazione dell'ICD - 10 (decima versione) uscita nel 1990. Come si può vedere, L'ICD 10 contempla fondamentalmente le due diagnosi di **Anoressia nervosa (F50)** e **Bulimia (F50.2)** con le due rispettive forme atipiche (**An atipica, F50.1** e **Bn atipica, F50.3**) dove per "atipiche" si intendono *condizioni che presentano alcuni degli aspetti delle relative forme (anoressia e bulimia) ma il cui quadro clinico complessivo non giustifica tale diagnosi.* Da notare anche ciò che manca: l'obesità, che – come per il Dsm – non è ricompresa tra i disturbi alimentari (viene collocata nell' ICD E tra i disturbi del metabolismo).

Il DSM – *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* lo conoscono tutti e, oltre agli psichiatri, lo usano molto anche i colleghi psicologi. L'ultima versione del DSM, la numero 5, rispetto al DSM 4 ha ampliato le categorie diagnostiche che peraltro erano già aumentate rispetto al DSM 3. Vediamole:

DSM 5 – DISTURBI dell'ALIMENTAZIONE

Categorie principali:

1) Pica

2) Merecismo

3) Disturbo alimentare evitante / restrittivo

4) Anoressia nervosa (restrittiva / purging)

5) Bulimia nervosa

6) B.E.D. – disturbo da alimentazione incontrollata

Categorie residue (*)

7) EDNOS: Altri disturbi dell'alimentazione specificati (forme incomplete o sotto soglia di An, Bn e Bed; condotte di eliminazione; Nes - night eating disorder; Ortoressia; Bigoressia)

8) Disturbi dell'alimentazione NON specificati (categoria usata quando si segnala un dca ma non se ne possono ancora specificare le caratteristiche, per es. per mancanza di informazioni sufficienti, come può accadere in Pronto Soccorso)

(*) le categorie residue raccolgono tutto quanto non può essere messo nelle

categorie principali, quindi forme incomplete o sottosoglia ed altre forme di rapporto problematico con il cibo

Il DSM distingue due diversi tipi di anoressia ed esplicita i criteri di gravità del calo di peso nell'anoressia mentale, che è parametrato in relazione al BMI (Body Mass Index), l'indice di massa corporea. Sul primo aspetto, c'è la distinzione tra forma restrittiva pura e quella purging, con abbuffate. Questa seconda forma di An pone degli interrogativi clinici a cui accenno più avanti.

ANORESSIA:

Specificare se **tipo restrittivo:** nel corso degli ultimi tre mesi, la persona non ha avuto episodi ricorrenti di abbuffate compulsive o di pratiche di svuotamento (cioè vomito autoindotto o abuso/uso improprio di lassativi, diuretici, o clisteri). Questo sottotipo descrive casi in cui la perdita di peso è ottenuta essenzialmente attraverso diete, digiuni e/o esercizio fisico eccessivo. Se **tipo bulimico/purgativo**: nel corso degli ultimi tre mesi, la persona ha avuto episodi ricorrenti di abbuffate compulsive o di pratiche di svuotamento (cioè vomito autoindotto o abuso/uso improprio di lassativi, diuretici, o clisteri)

Sul sottopeso, vanno stabiliti dei livelli di gravità.

Specificare la gravità attuale: il livello minimo di gravità si assegna, per gli adulti, sulla base dell'indice di massa corporea (BMI) attuale (vedi sotto) o, per i bambini e gli adolescenti, sulla base del percentile di BMI. **Il livello di gravità** può essere aumentato in funzione dei sintomi clinici, del grado di disabilità funzionale, e del bisogno di assistenza e sorveglianza. **lieve: BMI 17 – 18,5; moderata: BMI 16-16,99; grave: BMI 15-15,99; estrema: BMI < 15 kg/m2**

Come si nota da entrambi gli schemi ICD e DSM, nella clinica dei Dca esistono molte forme "minori" di disturbo alimentare. Ho messo tra virgolette la parola minori perché, se sono minori nel senso di meno impattanti sulla salute fisica rispetto ad An e Bn, in realtà sono quantitativamente maggiori (alcune ricerche recenti ipotizzano tra un mimino del 50% fino al 70% delle diagnosi). Una delle situazioni cliniche più frequenti di questo genere sono i cosiddetti B.E.D – Binge Eating Disorders, in italiano "Disturbi da alimentazione incontrollata" già contemplati nel DSM 3 dal 1987, tre anni prima dell'uscita dell'ICD 10 ma che nel ICD compaiono appunto solo ora nell'ultima versione, l'ICD 11. Nella nuova definizione dell'ICD 11 delle abbuffate presenti nella Bulimia nervosa o nel Bed, non è più necessario che venga introdotta una quantità oggettivamente eccessiva; basta che così la consideri, soggettivamente il paziente.

Personalmente lo considero un errore, perché la paziente con dca raramente è obbiettiva sulle quantità di cibo; ed avere un'idea di quanto effettivamente mangi è necessario anche dal punto di vista medico – nutrizionale (la prassi delle dietiste di far fare il diario alimentare serve anche a questo). Per stabilire se un paziente abbuffa, più che la quantità di

cibo ingerito, è importante capire la compulsività dell'atto: tutto viene ingoiato in fretta, senza gustare nulla, arrivando a buttare giù cose anche immangiabili tanto per placare il vuoto interno e poi eliminare tutto appena possibile, il più delle volte con il vomito.

L'approccio psicoanalitico e relazionale

L'approccio psicoanalitico è probabilmente quello che meno si focalizza sul sintomo ma cerca di capirne i significati a vari livelli, a partire da quello inconscio. In generale (non solo nei dca quindi) il sintomo non viene visto dalla psicoanalisi come un "difetto" od "errore" di funzionamento, bensì come difesa od espressione di un conflitto psichico od una soluzione di compromesso tra esigenze contrapposte, qualcosa che comunque va prima di tutto capito a vari livelli e non soltanto aggredito e bombardato come fa la radioterapia con le cellule tumorali. Ovviamente questo mio esempio è semplicistico, ma rende l'idea.

Semplificando ulteriormente, si potrebbe dire che - rispetto ai sintomi - esistono due approcci: uno che si potrebbe chiamare "difettuale" ed uno "conflittuale". L'approccio psichiatrico e quello cognitivo comportamentale sono più in linea con una concezione difettuale del sintomo (vedi ad esempio il concetto di *bias* cognitivo o l'importanza data ai livelli di serotonina); quello psicoanalitico e sistemico si riferiscono ad una visione conflittuale, interattiva e quindi dinamica.

Le ho appena descritte come se fossero due ottiche antinomiche ma in realtà non è così: possono convivere e ciò che ritengo fondamentale è che il terapeuta, nel suo vedere e ragionare clinicamente sul paziente, sia consapevole della sua stessa modalità di vederlo e pensarlo, in termini più difettuali o conflittuali.

Ritengo utile che ci siano orientamenti teorici e terapeutici diversi anche perché, come ho accennato poco fa, i pazienti (con dca ma anche con qualsiasi altro sintomo o problema) possono sentire più congeniale a loro un certo approccio piuttosto che altri e trovare un "linguaggio" più comprensibile e percepito come in comune col terapeuta. A mio parere questo ha a che fare, più che a gusti personali od a informazioni racimolate su internet, alla loro implicita teoria del problema: se coincide con (o si avvicina a) quella del terapeuta, c'è una maggiore condivisione e si lavora assieme con più facilità. Bisogna poi tener presente che ogni approccio comporta errori e rischi qualora venga estremizzato, cioè applicato in modo rigido e meccanico sia come teoria e come tecnica. Interessarsi in modo troppo esclusivo al comportamento alimentare, come fa l'approccio psichiatrico e quello cognitivo comportamentale tradizionale, che si focalizza sulle distorsioni cognitive più che sui vissuti emotivi (considerati come conseguenze di errori cognitivi) comporta il rischio di rinforzare una parte degli stessi meccanismi patologici dei pazienti con dca.

Sia che si tratti dei disturbi cosiddetti "maggiori" (AN anoressia e BN bulimia) ma anche di quelli "minori", ci troviamo sempre di fronte a pazienti che hanno difficoltà di mentalizzazione e che agiscono nel corpo un conflitto interno e delle angosce che sono in larga misura inconsapevoli.

Rimanere solo sul piano del sintomo può in certi casi rinforzare involontariamente la difficoltà a simbolizzare.

Elena Riva del gruppo del Minotauro di Milano così scrive [4]*:*

La dimensione comportamentale ha preso il sopravvento su quella psichica; essa rivela un pensiero non pensato, tradotto in comportamento proprio perché non può essere mentalizzato. (...) *Anche il dca, come altri agiti, è un modo di comunicare attraverso il corpo, qualcosa di indicibile, non pensabile e non consapevole.*

Dall'altra parte, il rischio dell'approccio psicoanalitico è quello di proporre un linguaggio (che si concentra sulle emozioni e sui sentimenti, sui ricordi del passato, sui sogni, sulle fantasticherie e su tutto quanto non è razionale) che per non pochi pazienti (con dca, ma non solo) è vissuto come incomprensibile; ed un altro frequente rischio degli psicoanalisti è di considerare la motivazione al trattamento come presupposto indispensabile, più che tappa a cui arrivare. A questo proposito Philipe Jeammet, medico psicoanalista, scrive [5]:

Di fronte ad una paziente anoressica dire "siamo in grado di alimentarti, anche a forza con una sonda" significa dare una risposta al solo sintomo alimentare. D'altra parte, dire, come fanno alcuni terapeuti "aspettiamo che queste pazienti formulino personalmente una domanda di cura ed allora potremo intervenire" significa supporre che l'essenziale è già risolto.

Non è possibile ignorare il sintomo alimentare e le conseguenze fisiche, già in atto o potenziali, che questo comporta; è sempre Jeammet a spiegare come sia fondamentale che, accanto allo psicoterapeuta, ci sia qualcuno (spesso più di uno) a presidiare la condizione fisica. Di questo ne accenno nell'ultima parte dedicata al trattamento; ma già ora premetto che tutte le linee guida internazionali convergono nel dire che, nei dca, è essenziale un approccio multiprofessionale. Se il medico e/ o la dietista da soli fanno poco, lo stesso dicasi per lo psicoterapeuta. Ovviamente ci sono situazioni clinicamente più gravi ed altre meno, alcune che necessitano di ricovero ed altre invece per cui bastano le cure ambulatoriali; ma anche nei casi più lievi bisogna tenere in conto il rischio di peggioramento clinico e prevedere la collaborazione con altri specialisti sanitari.

Tornando ora alla specificità dell'approccio psicoanalitico e relazionale applicato al campo dei dca si può dire che sono due gli aspetti che lo caratterizzano di più:
a) il concetto che il sintomo alimentare, sopratutto all'inizio, rappresenta per la paziente un tentativo di risolvere una condizione di angoscia o quantomeno di intensa difficoltà psichica;
b) la nozione per cui è fondamentale comprendere il paziente in riferimento alle tappe evolutive del ciclo di vita, tenendo conto non solo della fase adolescenziale (che è quella in cui il più delle volte compare il dca) ma anche

---

[4] Riva E. *Adolescenza e anoressia,* Raffaello Cortina (2009)
[5] Jeammet P.: *Anoressia e bulimia,* Franco Angeli (2004)

cercando il più possibile di ricostruire ciò che è stato sperimentato nelle fasi evolutive della prima infanzia, con particolare riferimento al primo legame di attaccamento alla figura materna ed a tutto il primo processo di separazione - individuazione che avviene entro i primi 5 – 6 anni di vita.

Circa il primo punto, possiamo dire che il disturbo alimentare, anche in età successive ma soprattutto in adolescenza, è un tentativo per lo più inconsapevole di affrontare un senso di grande impotenza, di incapacità a vari livelli, di angoscia irrisolvibile attraverso questa strada particolare che passa o attraverso il rifiuto del cibo (l'anoressia) oppure da quel movimento oscillatorio che va dall'ingozzarsi di cibo per poi subito dopo vomitarlo (la bulimia). Questo evitamento, questa difesa dall'angoscia profonda non è appropriato definirla come la ricerca di un "male minore" perché c'è poca scelta volontaria in questo meccanismo. E' un modo assurdo di risolvere un problema, è ovvio. Ma quando uno dentro di sé sta male anzi malissimo, si sente uno schifo e non sa bene perché è così né quando finirà ; quando non si tratta di sapere di avere in corso una colica renale, spiegabile col fatto che si è sudato troppo e bevuto troppo poco e soprattutto quando non ci si può dire "il dolore mi passerà fra mezz'ora quando il Toradol avrà fatto effetto" ; ecco che allora una persona, più che al "male minore" arriva alla fase "a mali estremi, estremi rimedi", ma spesso senza deciderlo consciamente, ci arriva per tentativi, semplicemente si dice: *io sto meglio, e non mi importa se tutti mi dicono che sono matta a fare così.*

L'adolescente anoressica che restringe sente un bisogno di controllo che è totale, fondamentale perché le risolve parte della sua angoscia (e quale sia questa angoscia bisogna capirlo nella sua specifica storia); non deve controllare solo il peso e le calorie ma molto altro e molto di più. Si sente forte, si sente finalmente e davvero efficace e sicura di sé quando riesce a dominare il senso della fame e riuscirci le fa sentire di vincere quell'impotenza che, prima di cominciare a restringere l'alimentazione, sentiva con gran sofferenza. I due psicoanalisti che vi ho già citato prima lo scrivono esplicitamente: Philippe Jeammet parla di anoressia e bulimia come *sorta di tentativi autoterapeutici* ed Elena Riva di *anoressia come farmaco di automedicazione.*

Vado ora al secondo punto prima citato, la questione della prospettiva evolutiva e della tappa del ciclo di vita. Non si può dimenticare infatti che nella maggioranza dei casi il dca compare nell'adolescenza, intesa qui in senso ampio comprendendo l'arco temporale che va dalla preadolescenza fino alla tarda adolescenza (dagli 11 ai 25 anni). I dati epidemiologici italiani indicano che il 10 -15% dei dca compare nel periodo 8 -10 anni, il 70-75% tra 11 e 25 anni ed il 20 - 25% dopo i 25. Quello dagli 11 fino anche ai 25 anni circa (dove sta la maggioranza dei casi) è un lasso di tempo ampio, che ricomprende fasi e momenti diversi tra loro ma che hanno in comune questa condizione di passaggio intermedio tra il mondo dell'infanzia e quello dell'età adulta. Più avanti indicherò alcune tappe cronologiche dell'adolescenza in cui è più frequente che inizino dei disturbi alimentari.

Qui ora mi limito a dire che, seppur più raro, non è impossibile che un disturbo alimentare compaia per la prima volta in età adulta. Però bisogna accertarsi che sia davvero la prima volta, che non ci siano antecedenti. Nella

mia esperienza ho verificato che se vediamo un paziente con dca in età adulta, oltre i 25 anni, con vita autonoma, attività lavorativa stabile ed indipendenza economica, e che non è stato mai visto prima da nessun collega, se si riesce a fare una buona anamnesi perché il paziente è sincero e collabora, si scopre in realtà che un dca in adolescenza c'è stato.

Se non è stato visto è o perché era sottosoglia, a bassa intensità; oppure era probabilmente evidente ma il paziente e la famiglia si erano uniti nel lavoro di negazione del problema.

Un modo (il mio) di distinguere i dca

Descrivo ora il modo in cui io differenzio i dca e la traccia che seguirò per spiegarli. Considero 3 tipologie prevalenti di dca: l'anoressia, la bulimia, il Bed. C'è poi una quarta importante categoria che possiamo considerare un grande contenitore ed è quella che nel vecchio Dsm veniva chiamata EDNOS, acronimo inglese che significa "disturbi alimentari non specificati"; in sostanza tutte quelle forme che non rientrano nei parametri per far diagnosi di An, Bn e Bed; tutte le varie forme definite atipiche, minori e sotto-soglia. Non le spiego in specifico non perché siano rare (come detto prima, oscillano tra la metà ed tre quarti delle diagnosi) ma perché spesso non sono diagnosi stabili nel tempo, nel senso che sono definizioni per lo più iniziali e provvisorie, spesso destinate a trasformarsi in una diagnosi di An o Bn o Bed, oppure in un'altra diagnosi psicopatologica (ansia, depressione, disturbo ossessivo, etc.) perché il sintomo alimentare scompare e si fa più evidente l'altro sintomo che porta alla diagnosi successiva; ed infine, in qualche caso perché la persona guarisce dal problema alimentare del tutto e non ha alcun altro disturbo (per fortuna c'è anche questo esito).

L'anoressia, come giustamente precisa il DSM, si distingue tra An restrittiva pura ed An purging con abbuffate. Qui c'è quel problema cui ho accennato prima.
Io trovo clinicamente reale la distinzione del DSM tra anoressia restrittiva e purging. Il problema clinico è se la AN purging sia una specie di stazione di passaggio dall'anoressia pura restrittiva che, con la comparsa delle abbuffate e metodi di compenso, diventa An purging e poi talvolta può anche diventare bulimia; in tal modo si potrebbero considerare l'AN e la BN come due forme cliniche diverse ed opposte ma che però partono da una stessa matrice. Una buona parte di clinici la pensa così. In particolare, la terapia cognitivo comportamentale classica, la CBT-E di Fairburn praticata da oltre 30 anni, è chiamata "transdiagnostica" perchè applicata in modo pressoché identico a pazienti anoressiche, bulimiche ed anche Bed, che vengono considerate come provenienti da una matrice unica. Ma anche alcuni psicoanalisti considerano AN e BN come le due facce opposte della stessa medaglia.

Lo psicoanalista Jeammet dice che la paziente anoressica teme di diventare bulimica: il che io credo sia sostanzialmente vero; ma questo a mio parere non significa che in ogni anoressica ci sia una potenziale bulimica e sopratutto, non è affatto vero che tutte le bulimiche sono state poco o tanto anoressiche, passando per la fase della An purging: la maggior parte delle pazienti bulimiche che io ho visto e/o trattato non erano mai state prima anoressiche.

Ci sono ricerche che hanno provato a rispondere a queste due domande: quante pazienti anoressiche restrittive sono diventate purging e quante di queste sono diventate bulimiche? I risultati non sono univoci, a volte anche contrastanti: pare assodato che tra il 20 – 30% delle pazienti anoressiche, prima o poi, passi stabilmente ad una an purging ; ma quante di queste diventino Bulimiche non è affatto chiaro.

Se più che ai termini diagnostici usati da psicologi e psichiatri, mi rifaccio al lessico usato da alcune ragazze anoressiche, la An restrittiva sarebbe una "anoressia pura" rispetto alla An purging, forma "impura".

Le anoressiche che restringono e non cedono mai all'impulso della fame sono e si sentono le vere anoressiche "pure e dure" mentre quelle purging, che ad un certo punto hanno cominciato ad abbuffare non controllando più tutto, si sentono meno forti perché hanno dei cedimenti sul controllo della fame e devono assolutamente rimediare con sistemi correttivi altrettanto drastici (vomitando, prendendo lassativi, aumentando ancora di più le corse sfrenate ed ore di ginnastica addominale).

Sulla diagnosi di AN purging (come anche nelle presunte bulimie e nei bed), in ogni caso, bisogna sottolineare l'importanza fondamentale di capire se davvero si tratta di abbuffate oggettive e non soggettive. Perché soprattutto la ragazza anoressica, che ha un metro di misura alimentare tutto suo e chiaramente irrealistico, spesso chiama "abbuffate" delle ingestioni di cibo assolutamente normali per quantità e modalità di assunzione; anzi a volte sono porzioni considerabili da dieta dimagrante per una persona che si alimenti normalmente. Sicuramente ci sono non pochi casi in cui l'An purging si trasforma in bulimia, ma non tutte hanno questo esito.

E come ho detto, ci sono molti casi di BN che non hanno avuto alcun antecedente di tipo anoressico.

Devo dire che questa mia distinzione non trova riscontro tra tutti gli autori che vi ho citato, alcuni dei quali quando parlano di "bulimie" secondo me descrivono pazienti An purging od ex An purging transitate in Bulimie (non le Bulimie vere e proprie, quindi). Presumo che questa differenza dipenda dalla casistica che si incontra nel proprio lavoro, sia quantitativamente che qualitativamente parlando. Dove ho lavorato io ho visto molte di queste pazienti con Bulimia nervosa "vera e propria" che non sono mai state anoressiche, tutte normopeso (poche in lieve sovrappeso) e che non hanno mai avuto amenorrea persistente, semmai solo qualche periodo di irregolarità.

Lo accenno solo perché ne tratterò più avanti, ma queste pazienti con la Bn che io considero "vera e propria" sono per me piuttosto diverse dalle pazienti An su vari aspetti di funzionamento psichico, che le avvicina molto di più alla grande area dei pazienti borderline.

Un ultimo aspetto del mio modo di considerare la casistica clinica dei dca soprattutto in adolescenza è il tenere presente la visuale famigliare. L'adolescenza non è solo una tappa di vita della giovane paziente con un dca, ma è anche una tappa del ciclo di vita della famiglia.

In altre parole, si tratta di capire come affrontano questa fase i genitori e come viene gestito il conflitto generazionale: se esso sia esplicito o più nascosto e negato, se ci sono manipolazioni reciproche, segreti nascosti,

giochi di alleanza, e così via. Le famiglie non sono tutte uguali e soprattutto non è affatto vero che esiste una famiglia tipica che genera la figlia anoressica piuttosto che bulimica. Sappiamo che l'adolescenza è una "messa alla prova" anche della flessibilità dei genitori, una prova del nove per capire se la famiglia sia una struttura rigida, chiusa e soprattutto spaventata dai cambiamenti oppure se ha un minimo desiderio e possibilità di modificarsi e mettere positivamente in crisi i vecchi modelli relazionali per trovarne di nuovi.

Per fare questo occorre che lo psicoterapeuta abbia un desiderio ed una curiosità priva di timori a conoscere la famiglia e vedere i genitori, soprattutto nella fase iniziale. Del resto, non solo con le pazienti minorenni ma anche con le più grandi, ignorare i genitori e la famiglia significa "fare i conti senza l'oste".

Nelle famiglie sono molto importanti gli aspetti transgenerazionali. Si tratta, in sostanza, di cercare di capire la storia del rapporto che i due genitori della paziente hanno avuto con i propri genitori: sia in passato, quando erano bambini e adolescenti, ma eventualmente anche attualmente, soprattutto se i nonni materni e paterni sono viventi ed hanno un ruolo significativo.

In particolare, nelle forme restrittive ma anche in quelle bulimiche è molto importante capire com'è stato il rapporto della madre della paziente con sua madre (la nonna materna) e soprattutto capire come è stata trasmessa l'immagine della femminilità e del ruolo della donna attraverso le generazioni, soprattutto sul piano inconscio. L'approfondimento transgenerazionale o trigenerazionale qui in Italia è opera soprattutto di terapeuti sistemici ma con ottima conoscenza della psicoanalisi (in particolare il libro di Cambiaso, Mazza: *tra intrapsichico e trigenerazionale,* Raffaello Cortina ed.). Su questo tema ci sono però ampie spiegazioni sia cliniche che teoriche anche nel testo di Elena Riva e collaboratrici.

Il significato psichico del cibo e dell'alimentazione

Comincio ora a trattare in specifico le forme di restrizione alimentare e, in particolare, l'anoressia in adolescenza. Ma prima dobbiamo farci questa semplice domanda: perché il cibo e l'alimentazione sono aspetti che possono diventare importanti da un punto di vista psicologico e psicopatologico?

Credo che a tutti noi venga in mente per prima una risposta ovvia. Per la maggior parte degli esseri umani del mondo ricco (od abbastanza benestante da non aver un problema sociale di sottoalimentazione) il cibo è un terreno di sfogo, un bersaglio su cui scaricare difficoltà, su cui spostare problemi di vario tipo, insoddisfazioni ma anche vere e proprie angosce. A molti capita di mangiare troppo (spesso cose che ci attirano ma non sono molto sane) quando si è in ansia o depressi; ad altri invece lo stress può invece provocare difficoltà digestive od un "blocco dello stomaco"; così come, nella maggioranza dei casi, un lutto od un accadimento traumatico provocano una reazione depressiva con associata inappetenza. Ma in queste situazioni appare chiaro all'interessato ed ai famigliari ed amici quale sia la causa, e la

fase è temporanea.

Ci sono molti altri casi in cui la motivazione non è riconoscibile "a vista".

Un aspetto psichico specifico ed importante da considerare è il fatto che per noi, esseri umani, il cibo è relazione e la relazione è cibo (nel senso che nutre). L'essere umano, alla nascita e nei primi mesi di vita, è così complesso ma anche così fragile, da poter crescere solo dentro quella particolare forma relazionale che gli anglosassoni chiamano "holding", quel contenimento particolare che avviene fin dal primo allattamento: la madre ci nutre con il latte ma che con la sua presenza piena di significati emotivi. Noi tutti cresciamo e ci alimentiamo con la relazione e nella relazione, con la madre in primis ma anche con tutto l'ambiente che ci alleva.

Crescendo, il mangiare perde progressivamente questo unico valore e (come il sonno, il tenersi pulito, il parlare) diventano funzioni autonome e significative per se stesse, anche fuori della relazione con la madre. Dobbiamo poi tener presente che la bocca è la porta, la soglia tra il mondo esterno e quello interno, ed è una area anatomica e funzionale particolarmente innervata e sensibile: attraverso il succhiare ci si sazia e ci si calma (questo lo sanno bene i fumatori), attraverso il mordere si scarica tensione e rabbia. Anche il linguaggio ci dice molto su questi significati simbolici e metaforici: non a caso comunemente si dice "fame d'amore" indicando come il desiderio affettivo possa avere un'intensità assimilabile a quella biologica; ed allo stesso modo, quando vogliamo esprimere nel modo più intenso il nostro amore per qualcuno che adoriamo (come alle volte succede verso i neonati nei momenti più intensi) ci viene da dire o pensare: *"ti voglio così bene che ti mangerei!"*.

La primissima relazione neonato / madre si basa sull'incorporazione: quella del bambino che succhia il latte della madre e la guarda negli occhi. Il meccanismo fisiologico della incorporazione (il bambino piccolo che, oltre al latte esplora il mondo mettendo tutto in bocca) si evolve gradualmente nella introiezione che è un mettere dentro di sé il mondo esterno, gli altri. Il bambino incorpora ed introietta la madre ; ma anche la madre, a modo suo, incorpora ed introietta il neonato parlandogli, sorridendogli, accarezzandolo in quel reciproco scambio che gli psicoanalisti chiamano "reverie": termine francese che letteralmente significa "fantasticheria" ma che lo psicoanalista Bion, nel testo "Apprendere dall'esperienza" utilizza per indicare lo stato mentale aperto alla ricezione di tutto ciò che proviene dall'oggetto amato e, più specificamente, la ricettività della madre alle emozioni ed alle sensazioni che il neonato le trasmette.

Tra cibo, corpo e sessualità: i comportamenti restrittivi in adolescenza

I comportamenti di restrizione alimentare, in termini di statistica epidemiologica, sono molto meno frequenti dei comportamenti di iperalimentazione (la Bulimia si calcola sia circa il triplo delle anoressie, i Bed ancora più) ma comportano maggior rischio di morte, frequenti interventi medici, ospedalizzazioni anche ripetute e soprattutto mettono in scena uno spettacolo che è tanto evidente quanto inquietante. Tutti infatti riconoscono una ragazza anoressica, che nei casi più gravi ricorda il prigioniero di un lager nazista; quasi nessuno si accorge di una bulimica, che

per lo più è normopeso, soprattutto se nasconde bene le sue pratiche di eliminazione del cibo di cui s'è abbuffata. Con il termine generico di "comportamenti anoressici" intendo l'anoressia "vera e propria" (sia restrittiva che purging) ma anche le forme anoressiche "minori", atipiche o sottosoglia come si usa dire. Prima di addentrarmi negli specifici temi, riprendo quei due concetti già accennati.

Il primo è la visuale psicoanalitica che considera il disturbo alimentare come strategia di difesa o, per dire meglio usando le parole di P. Jeammet: *"l'espressione di una vulnerabilità che può condurre ad adottare un comportamento capace di arginare l'angoscia"*. Esiste un continuum di forme anoressiche in cui rientrano situazioni cliniche diverse, alcune più mobili e curabili, altre decisamente più rigide e poco modificabili dai trattamenti. Sono comunque tutti dei tentativi, alcuni più estremi altri meno, di risolvere un conflitto interno che non riesce a trovare una soluzione mentale e simbolica, ma che viene agito direttamente sul corpo.

Il secondo concetto è la prospettiva evolutiva che tiene conto della fase del ciclo di vita in cui compare un disturbo od un comportamento problematico. Nel nostro caso è l'adolescenza intesa in senso ampio (tra 11 e 25 anni) dato che - come già detto prima - il 70% almeno delle forme di dca si manifesta in questo lasso di tempo.

Seguendo la traccia evolutiva (come teorizza soprattutto il gruppo milanese della Riva) ho sempre visto come prioritario il considerare la tappa del ciclo di vita del paziente. In altre parole, prima di tutto tengo conto del fatto che sia un adolescente e solo poi al fatto che presenta un sintomo alimentare, grande o piccolo, restrittivo o bulimico o quel che è. E siccome l'adolescenza non è un percorso né di pochi giorni né di pochi mesi ma di qualche anno, mi domando quale sia la specifica tappa o scadenza evolutiva che la/il ragazza/o sta per passare, sta passando od ha appena passato in quel lungo viaggio che è l'adolescenza. In ordine cronologico elenco alcuni passaggi importanti e potenzialmente critici che, nell'arco del periodo 11 – 25 anni, possono coincidere con l'esordio di un disturbo alimentare (od anche altri sintomi):

1) passaggio dalla scuola elementare alle medie (11 anni)
2) primi cambiamenti fisici puberali e comparsa del menarca (11 – 15 anni)
3) prime esperienze di breve allontanamento dalla famiglia
4) periodo prolungato di allontanamento dalla famiglia (es: 4° anno all'estero)
5) fine scuole superiori / esame di maturità
6) passaggio all'università (fuori sede) o prime esperienze lavorative

Più in generale, nell'arco di questo esteso arco di tempo tra gli 11 ed i 25 anni circa, ci sono le prime esperienze di scoperta del proprio corpo, dell'autoerotismo, della sessualità relazionale intesa come possibilità di attrazione / contatto intimo con il corpo altrui. Queste tappe avvengono ovviamente in modalità ed in momenti che sono assolutamente personali, individuali. Qui si potrebbe aprire un intero capitolo sulla vita degli adolescenti del XXI secolo che si relazionano soprattutto attraverso i social e che sono molto diversi dagli adolescenti del XX secolo, come del resto sono

cambiate anche le famiglie; ma ragioni di spazio impediscono tale approfondimento.

Tornando alla prospettiva evolutiva, è in particolare il menarca – la prima mestruazione – a rappresentare una tappa estremamente significativa. L'esperienza clinica mi ha convinto della peculiarità di quelle forme di anoressia che compaiono cronologicamente nel periodo delle scuole medie o poco prima, diciamo "attorno" al menarca (vale a dire poco dopo ma anche prima, quando ce ne sarebbero i primi segnali fisici; menarca che restringendo l'intake alimentare, la ragazzina blocca sul nascere strutturando la cosiddetta amenorrea primaria). Queste forme sono diverse da quelle che compaiono alla fine delle scuole superiori, poco prima se non proprio alle soglie dell'esame di maturità. Di solito le ragazze che sviluppano un dca dopo i 16 anni, a differenza delle più piccole, hanno avuto qualche anno di ciclo mestruale anche se spesso poco regolare e, anche se quasi mai soddisfacente, qualche minima esperienza sessuale, non solo sul piano immaginario ma anche concreto. Quindi possiamo dire che stanno vivendo almeno un po' della loro adolescenza. Semplificando molto, possiamo dire che quelle che si bloccano prima, appena si sviluppano, non hanno solo la paura di crescere di peso, ma di crescere in generale, di diventare donne.

Attenzione però: tra le più piccole e le più grandi c'è una certa differenza sul piano psichico ma non necessariamente su quello sintomatologico. Detto in altre parole: i sintomi principali ed il dimagramento possono essere severi in entrambi i casi, anche nelle più grandi sebbene abbiano potuto sperimentare almeno una parte degli aspetti più tipicamente adolescenziali.

Questo avviene perché lo "stile anoressico" con il suo corteo di sintomi tende a configurarsi come un "pacchetto" di condotte tendenzialmente associate tra loro, un *pattern comportamentale*
molto organizzato, definito e che, come già detto ha una funzione difensiva, soprattutto all'inizio del disturbo.

Vedendo lo stesso pattern di sintomi, si tende a fare di tutta l'erba un fascio e, sbagliando, a pensare che abbiano lo stesso problema (e quindi siano psicologicamente uguali) la tredicenne con due o tre mesi di ciclo appena accennato, ascetica, bravissima a scuola, con pochissime o zero relazioni con coetanei e la diciannovenne che ha avuto per qualche mese un ragazzo, che un paio di volte ha fumato una canna o fatto una sbronza e frequenta abbastanza stabilmente una compagnia di coetanei. Questo "pacchetto" di comportamenti / sintomi, oltre al comportamento principale che è la riduzione dell'alimentazione con conseguente forte dimagramento, comprende rituali di controllo sul cibo e sulle sue modalità di assunzione, ruminazione ideativa ossessiva sul cibo; controllo ossessivo del peso e delle calorie; body checking, dispercezione corporea; iper-razionalità; iperattività; evitamento emotivo; ascetismo / perfezionismo.

Ovviamente non tutte le pazienti anoressiche hanno tutti questi sintomi assieme e la loro intensità può essere diversa e variare nel tempo.

Una domanda che si fa il clinico (ma anche il genitore, l'insegnante, il medico, chiunque) è questa: che cosa fa sì che una ragazza, anziché una crisi adolescenziale più comune, magari caratterizzata da ribellione, calo nel rendimento scolastico, depressione da disavventure sentimentali o liti con le amiche, strutturi invece un disturbo alimentare che mette a rischio anche la

sua salute fisica? Piacerebbe molto anche a me saperla, ma in realtà una risposta unica e valida per tutti i casi non esiste, perché ogni storia, ogni persona, ogni ragazza che non mangia oppure si abbuffa e vomita, è un caso a sé che va capito un po' alla volta, in un percorso terapeutico spesso lungo.

Tuttavia, anche se non c'è una risposta unica ed assoluta alla domanda sul perché un'adolescente sviluppi, tra le varie forme di problemi, proprio un disturbo alimentare, a capire meglio ci aiuta il ricordarci cosa sia l'adolescenza come tappa di sviluppo psichico normale: per capire meglio la patologia bisogna conoscere e riferirsi alla fisiologia.

L'adolescente anoressica tra angosce di individuazione e bisogno di controllo

Al di là degli aspetti culturali e sociali, che sono certamente importanti, ci sono comunque aspetti psichici fase-specifici e strutturali della fase adolescenziale.

Nella teoria psicoanalitica i tre principali aspetti specifici dell'adolescenza sono questi: a) l'aumento della carica pulsionale (libidica ed aggressiva) legata alla maturazione biologica ormonale della pubertà; b) la riattivazione dello scenario edipico; c) il completamento del processo di separazione – individuazione con il graduale distacco dai legami oggettuali infantili e l'investimento in nuovi oggetti e nelle relazioni dentro la comunità dei coetanei.

Mi soffermo su quest'ultimo terzo aspetto specifico dell'adolescenza perché – se non in tutto – almeno in parte risponde alla cruciale domanda sul che cosa porta un'adolescente a prendere proprio delle strade pericolose: quella del dca anoressico ma anche di altri sintomi problematici.

La risposta è la seguente: dobbiamo innanzitutto capire come quella ragazza è arrivata all'adolescenza. Non solo se e come si confronta con le proprie pulsioni rinforzate dallo sviluppo puberale, non solo come ha vissuto la triangolazione edipica tra mamma e papà, ma soprattutto se si sente attrezzata e sufficientemente solida – nella sua identità – per "immatricolarsi" nel mondo dell'adolescenza (uso una espressione di Winnicott). Dobbiamo cioè capire quanto riesce a tollerare l'incertezza di una fase di passaggio in cui stai capendo che ormai non sei più una bambina ma non sai ancora bene se ti senti pronta a diventare donna entrando a far parte di un mondo adulto che a volte sembra molto complicato.

Per il clinico è essenziale prendere in considerazione non solo i fantasmi edipici riattualizzati dalla sollecitazione ormonale ma ancor più le fasi evolutive pregenitali e soprattutto i primi legami di attaccamento e le esperienze di separazione-individuazione descritte dalla Mahler relativamente ai primi 5 anni di vita: questo vale per qualsiasi paziente, ma è assolutamente cruciale nella clinica dca e nella casistica adolescenziale in generale. Quanto più "a monte", cioè nelle prime fasi dei legami oggettuali, si sono verificate carenze, distorsioni, esperienze traumatiche di vario tipo ed intensità, tanto più intensa sarà la percezione d'insicurezza interna dell'adolescente e massiccia la soluzione difensivo-sintomatica a configurazione anoressica. Questo è ciò che differenzia le varie forme di

anoressie restrittive, dalle più gravi e rigide a quelle più mobili ed evolutive.

Le vicissitudini negative di queste prime esperienze relazionali possono essere comprese, un poco per volta e spesso con fatica, solo caso per caso perché ogni storia di vita è unica.

Alla luce di quanto detto finora, posso fornire quella che mi pare la definizione (psicoanalitica, non psichiatrica) più precisa dell'anoressia mentale:

l"A. N. rappresenta un pattern comportamentale tipico funzionante come assetto difensivo tendenzialmente rigido, che si riscontra in organizzazioni di personalità diverse ma che il più delle volte compare in adolescenza quando il compito evolutivo di crescere (sia biologicamente che psichicamente che socialmente) per la ragazza appare estremamente angosciante e denso di conflitti e contraddizioni anche sul piano della sua identità, dei suoi legami famigliari e delle sue identificazioni. La rigidità di questo apparato difensivo è proporzionale al grado più o meno intenso dell'angoscia, soprattutto quando ad essere in gioco è il senso della propria identità.

In questo senso IL CONTROLLO, o per meglio dire IL BISOGNO DI AVERE UN CONTROLLO TOTALE, la sensazione di potere / riuscire a controllare soprattutto il mondo emotivo interno ma a volte anche quello reale esterno è il vissuto più specifico e tipico della patologia anoressica restrittiva pura. Quello più evidente e superficiale è il controllo del peso, delle calorie, delle forme del corpo (il già nominato body checking), ma in realtà il controllo più profondo è quello sulle proprie pulsioni interne, a partire da quella orale che non è solo la fame ma una tensione ambivalente verso la figura di attaccamento primario (in prevalenza la madre).

Per spiegare in modo più chiaro questo concetto, vi cito direttamente alcune parti di un testo:

I soggetti con dca sentono di essere incapaci di controllare i rapporti interpersonali, le loro reazioni interne e gli eventi in generale. Per ottenere ***la percezione del controllo*** *e raggiungere un certo grado di prevedibilità, essi sono disposti a* ***confinare le loro vite*** *dentro una esperienza ridotta ad una focalizzazione sull'alimentazione e sulle dimensioni corporee (...) secondo il nostro punto di vista, per un soggetto con dca la percezione del controllo è un atteggiamento che riguarda non solo il cibo, il peso e la forma corporea, ma anche eventi esterni e sentimenti interni.*

In termini generali, il controllo è un costrutto complesso, legato non solo al cibo od all'aspetto corporeo ma anche alla vita nella sua globalità."

Ho fatto questa citazione per più motivi. Il primo è che chi scrive non è uno psicoanalista come me, ma sono due importanti esponenti del cognitivismo italiano: Sandra Sassaroli e Giovannni Maria Ruggiero nel libro già citato. Mi permetto di dire che il loro approccio è molto più profondo ed articolato – a volte davvero molto vicino a quello psicoanalitico – di quello della CBT-E classica di Fairburn. L'altro motivo della mia citazione di Sassaroli e Ruggiero è che loro nominano due aspetti importanti (che ho evidenziato in grassetto nel testo) che sottolineiamo anche noi psicoanalisti

e cioè: che più che controllo si tratta di sensazione (io direi PERCEZIONE ILLUSORIA) di avere il controllo, percezione / desiderio che imprigiona l'anoressica in un mondo limitatissimo ed isolato, un luogo che lo psicoanalista John Steiner chiama "rifugio della mente"[6].

Vale a dire un guscio mentale in cui ci si ritira quando si vuole sfuggire ad una realtà insostenibile perché angosciosa, una zona della mente in cui trionfa l'onnipotenza. Aggiungo una mia considerazione: non è un caso che i dca siano molto più sviluppati nel mondo occidentale e non solo per la diversa esperienza e cultura dei paesi in cui non c'è affatto sovrabbondanza di cibo come da noi. C'è dell'altro, secondo me c'è il fatto che, in generale, la nostra cultura tecnologica e soprattutto tecnocratica è pervasa, intrisa dell'illusione del controllo.

Fateci caso a quante volte sentiamo dire la fatidica frase *"è tutto sotto controllo"* anche quando noi stessi intuiamo che non è affatto vero ma ci culliamo in questa illusione. Essendo esseri umani mortali, non possiamo avere il controllo di tutto. Da qualche tempo siamo tecnicamente in grado di far nascere un essere umano quando e come vogliamo, ma di controllare la morte possiamo solo illuderci con l'ibernazione di un cadavere e la speranza di future scoperte che riescano a far tornare in vita una mummia moderna. Il pensiero orientale – e in origine anche quello occidentale, nella cultura greca, sapeva fare i conti con la mortalità umana; il pensiero occidentale attuale no.

La ragazza che non mangia fino a rischiare la morte, quindi, mette in scena un paradosso: vuole controllare la morte ma girando attorno ad essa, in una specie di corrida continua. Il controllo ed il paradosso, potremmo dire il paradosso del controllo ed il controllo del paradosso sono aspetti specifici del dca, quello anoressico soprattutto ma anche quello bulimico.

La restrizione alimentare come tentativo di risolvere un conflitto paradossale e non simbolizzabile.

La naturale biologia della vita che va avanti e che comincia a trasformare il corpo della bambina in una prima forma di donna (la comparsa del seno, l'arrotondamento dei fianchi, le avvisaglie del ciclo mestruale) per la ragazzina candidata all'anoressia è una esperienza inquietante e minacciosa, in cui cresce un'angoscia il più delle volte non pensabile (cioè non strutturabile in pensieri consapevoli, riconoscibili e ricordabili) e che trova la sua sede di spostamento proprio sul corpo in mutazione e sul controllo della sua alimentazione.

Le reazioni più significative, come già detto, sono osservabili soprattutto nelle anoressie che compaiono cronologicamente attorno al menarca, dove il rifiuto del corpo in via di femminilizzazione è più totale e radicale, perché la ragazzina non si può neanche concedere un periodo di prova con qualche mese di ciclo mestruale, qualche minima esperienza di avvicinamento sessuale e di attrazione fisica. Percepisce ed immagina qualcosa di talmente pericoloso per lei che si sente tradita da un corpo che non le chiede alcun permesso per trasformarsi ed andare dove lei ha paura di andare: diventare

---

[6]J. Steiner *I rifugi della mente* – Bollati Boringheri, Torino, 2006

una donna. La reazione è come di fronte ad una rivoluzione a cui si può reagire solo con una contro-risposta repressiva e durissima: la mente non accetta che il corpo decida per conto suo ed inizia così la dittatura della prima sul secondo. Sarà la mente a decidere cosa e quanto carburante calorico dare al corpo. Sarà solo la mente a decodificare e dire l'ultima parola sugli stimoli percettivi fisiologici: la fame e la sazietà, innanzitutto, ma anche la sete, il sonno, la stanchezza od il riposo, la fatica e perfino il dolore.

E il piacere? La mente dell'anoressica a modo suo cerca e può percepire anche il piacere, ma lo perverte in un piacere che potremmo definire masochistico e che gli psicoanalisti Kestemberg hanno chiamato "orgasmo da fame"[7]. Non si tratta solo della soddisfazione emotiva nel verificare che la propria mente domina sul corpo e controlla la fame; è qualcosa di più, su cui ora abbiamo qualche riscontro biologico. Sembra infatti che ad un certo livello di sottoalimentazione prolungata, si potenzi la naturale attività oppioide endogena del cervello, con produzione di due pentapeptidi (teu-encefalina e met-encefalina) che danno una sensazione di tranquillità, riduzione delle emozioni, un generale effetto antiansia. Ma questo attacco ad un corpo vissuto come troppo autonomo e troppo avido per cui la mente letteralmente gli taglia i viveri, ha delle ripercussioni su tutti i fronti. È del tutto diverso da un semplice digiuno, magari prolungato ma attuato per motivi religiosi o subìto per cause di forza maggiore: si tratta di una scelta difensiva estrema e totale, con aspetti paradossali come vedremo tra poco.

Come detto prima, l'introiezione del cibo nel corpo è per ogni essere umano la prima forma di relazione con l'Altro e con la figura materna in particolare. Ecco, quindi, che qui dobbiamo aggiungere l'altro tassello fondamentale, che rende ragione del dato clinico che circa il 90 % dei casi di An è femminile. Perché è specifico dell'adolescente femmina il doversi confrontare con le identificazioni profonde con la propria madre, così come queste - nel bene e nel male - si sono costruite nei primi legami infantili. La situazione per l'adolescente maschio è diversa, meno complessa.

Cito Jeammet: *"l'adolescente maschio ha mezzi più semplici ed efficaci per svincolarsi dalla madre, in virtù di un organo genitale diverso da quello della madre.... la femmina incontra più difficoltà a giungere ad una individuazione che sottintende una separazione dalla madre, donna come lei e con lo stesso corpo".*

Non è solo la differenza percettiva anatomica dei genitali ad aiutare il maschio, ma il suo bisogno di identificarsi anche solo parzialmente con il padre, mentre la femmina deve separarsi da colei con cui contemporaneamente però ha bisogno di identificarsi almeno parzialmente.

Questo è il primo paradosso, che si situa sul piano delle identificazioni che sono indubbiamente più complesse per la femmina e le comportano un lavoro psichico aggiuntivo.

Questo scenario che contiene esigenze tra loro conflittuali attiva nella mente anoressica delle difese molto potenti, non solo la rimozione che mantiene tutto nell'inconsapevolezza, ma anche la scissione (prima di tutto tra mente e corpo), il diniego (della fame e della malattia stessa) e soprattutto il citato spasmodico bisogno di controllo : non si tratta appunto del solo controllo del peso o delle calorie, e nemmeno il controllo a volte

---

[7]Kestemberg E. e J.; Decobert S. *La fame ed il corpo* Astrolabio, 1974

manipolatorio dei familiari ed altre persone dell'entourage (compresi i curanti) ; è soprattutto il controllo sulla propria angoscia interna attuato con il dominio totale della mente sul corpo. Se i disturbi alimentari in generale sono il luogo del paradosso, quelli restrittivi ne sono il regno elettivo.

Consideriamo il livello più evidente e superficiale del comportamento restrittivo estremo dell'An: da un lato l'adolescente anoressica sembra fare una dichiarazione forte di autonomia e indipendenza rispetto alla madre, nella misura in cui, con le sue pratiche alimentari, è come se dicesse *"... non sono più la bimba piccola con cui decide la mamma cosa e quanto darle da mangiare, come vestirla, quando lavarla, coprirla se fa freddo e scoprirla quando è caldo, metterla a letto la sera e svegliarla la mattina... adesso il corpo è mio e me lo gestisco io ";* ma la restrizione alimentare prolungata, con il calo di peso che peggiora ogni giorno di più ed il ciclo che scompare, creano inevitabilmente non solo nella madre ma in tutta la famiglia allargata un' atmosfera di angoscia che in certi momenti è assimilabile a quella che si ha verso una neonata che non cresce di peso, da controllare con le doppie pesate pre e post pasto e da portare il prima possibile dalla pediatra se non in ospedale.

Nella famiglia e nei parenti l'anoressica suscita sì molto rabbia ma anche una crescente preoccupazione che la porta a diventare il centro di tutta l'attenzione familiare proprio come avviene nelle prime settimane di vita di un neonato sottopeso o cagionevole di salute.

Un altro paradosso è che l'anoressica, che rifiuta il cibo, di fatto non ha in mente nient' altro che il cibo stesso, con un'ideazione rimuginatoria a caratteristiche fobico-ossessive. L'essenza del paradosso anoressico è ben rappresentata da queste parole di P. Jeammet: *"Come ben sappiamo, l'anoressica non mangia non perché non abbia fame e non perché il cibo non le interessi, poiché di fatto pensa solo a questo. L'anoressica non mangia perché ha paura di non riuscire a smettere se comincia. (....) Secondo me, il fantasma, il timore maggiore dell'adolescente e forse anche dell'essere umano, è la paura di perdere il controllo di sé stesso. Paura di non essere più padrone di sè stesso, sopraffatto, paura di diventare matto, paura di non sapere più che fare, paura di essere prigioniero delle proprie contraddizioni. (...) In particolare, la contraddizione fra il vorrei riempirmi di ciò che mi manca ma se mi riempio di ciò che mi manca, non sono più me stessa (...)" ho bisogno di mamma, però se ho bisogno di mamma ridivento una bambina dipendente e non è ciò che voglio. Però non voglio neanche lasciare mamma ... e allora che faccio? (...) "in questo paradosso, ciò di cui ho bisogno, la sicurezza affettiva, questa forza, tutto ciò che mi manca, dato che ne ho bisogno e nella misura in cui ne ho bisogno, è anche quello che minaccia la mia autonomia:* ***ciò di cui ho bisogno è ciò che mi minaccia."***

Come una ragazzina possa vivere un così aggrovigliato conflitto paradossale ce lo può spiegare solo una faticosa ma indispensabile ricostruzione delle tappe evolutive relazionali da lei vissute: nell'ambito famigliare in generale, ma ancora più nello specifico rapporto madre – figlia così come si è sviluppato negli anni.

La relazione madre – figlia e le dinamiche famigliari nelle An

Un po' in tutte le forme di dca, ma nelle anoressie restrittive ancor più, c'è qualcosa che – potremmo dire così – è andato storto nella relazione della ragazza con la propria madre: ed in termini di gravità del disturbo, la differenza la fa quanto cronologicamente prima e quanto spesso si sono verificate queste che qui chiamo genericamente "distorsioni" della relazione e che – ripeto – vanno capite e ricostruite caso per caso.

Prima di addentrarmi nel discorso devo però spezzare una lancia in favore di questa figura - la madre, appunto - che rischia sempre di essere troppo idealizzata quanto troppo bistrattata.

È ovvio ma lo dico lo stesso: l 'anoressia della figlia non è tutta colpa della mamma cattiva od incapace di turno. Ed è altrettanto ovvio che non esiste solo la madre ma anche il padre, la coppia genitoriale così com'è assortita, la famiglia intera, con eventuali fratelli ed anche i parenti (i nonni soprattutto) la cui importanza spesso non è per nulla trascurabile. Ho già detto che non esiste una tipica famiglia cattiva che genera la figlia anoressica, così come non esiste neanche una altrettanto tipica "madre cattiva anoressizzante". Ci dobbiamo basare sulla clinica che ci dice che non solo le madri, ma anche le famiglie delle ragazze con dca possono essere molto diverse tra loro, con tipi di legame molto differenti nelle coppie coniugali / genitoriali, ma anche nella fratria, laddove è presente. La clinica però ci dice anche che non di rado ci sono alcuni elementi anamnestici significativi che meritano di essere esplorati. Ne cito due, in particolare.

Il primo è che abbastanza spesso la madre ha avuto lei stessa in adolescenza una qualche forma di dca oppure un lutto (più o meno recente) o delle significative delusioni/ frustrazioni. Anche se spesso non ne ha una conoscenza dettagliata, sono cose che la figlia ha intuitivamente percepito e su cui ha fantasticato, sviluppando delle immaginazioni che le danno un'ulteriore inquietudine rispetto al poter diventare come la madre.

Bisogna dire però che non è per nulla facile ottenere queste importanti notizie anamnestiche sul passato e soprattutto sulla adolescenza della madre come del padre. Un po' perché spesso la gravità del sottopeso porta il discorso solo sul piano fisico e medico, sulla necessità del ricovero, su come far mangiare in qualche modo la ragazza che sta sempre peggio e che rifiuta gli aiuti medici e psicologici. Ma ancor più è difficile per le resistenze stesse della madre, soprattutto nel rivelare che lei stessa ha avuto un dca e / o ha tuttora delle difficoltà ad accettare il proprio aspetto corporeo, una madre che si vede grassa e brutta, in perenne quanto inutile dieta.

Nel Centro dove io ho lavorato queste notizie anamnestiche ci arrivavano spesso dopo settimane di trattamento anche se questo comprendeva contatti frequenti con le madri e/o i genitori. Questo dato anamnestico io ho smesso di chiederlo, all'inizio dei primi colloqui, perché ho capito che la maggioranza delle madri, a domanda, negano di aver mai avuto un qualche dca e dopo ci vuole ancor più tempo per sentirselo raccontare dato l'imbarazzo nel dire *"dottore a suo tempo non le ho detto la verità quando mi ha chiesto se anch'io avevo avuto od ho tuttora dei problemi col cibo".* Abbiamo incontrato anche qualche madre molto aggressiva e svalutante con noi curanti nella fase iniziale della presa in carico, come manovra controfobica rispetto alla paura che noi capissimo i suoi stessi problemi con il cibo (od altro di cui comunque si vergognava) e che questo avrebbe portato ad una nostra dichiarazione esplicita di lei come madre cattiva e causa dell'anoressia della figlia.

Il secondo aspetto clinicamente significativo è apparentemente ovvio e si ricollega a quanto ho già accennato: per quanto importante sia la madre, non c'è solo lei ma c'è la coppia genitoriale / coniugale che bisogna cercare di osservare e capire confrontando la nostra percezione con quella della figlia. Nei genitori delle ragazze con dca soprattutto se restrittivo la letteratura psicoanalitica tende a vedere come più frequente una configurazione tale per cui quella tra madre e la figlia è sempre stata una relazione privilegiata (non ovviamente nel senso di idilliaca o a-conflittuale, ma prioritaria ed esclusiva) con un padre distante e poco significativo, un padre che non può / non vuole porsi come "terzo differenziante". Se sia stato distanziato dalla coniuge (più madre che moglie) o se si è lui volutamente distanziato o, più spesso, un mix di queste due cose che è sempre andato bene ad entrambi i coniugi, questo va capito caso per caso.

Torno ora alla relazione madre-figlia anoressica. Ciò che può rendere pauroso l'ingresso in adolescenza agli occhi di una ragazza è la presenza, nel legame storicamente profondo ed inconscio con la madre, di difficoltà, carenze o distorsioni.

Non c'è solo il rifiuto di un corpo di donna ma anche la paura di poter *diventare una donna troppo simile alla propria madre.* Giunta alle soglie del passaggio da bambina a donna, l'adolescente anoressica si confronta, a livello soprattutto inconscio, con l'immagine della femminilità ed i suoi fantasmi che sua madre le ha trasmesso e testimoniato: non solo e non tanto con le parole ma con quelle che lo psicoanalista P.C. Racamier definiva "azioni parlanti".

Diventare una donna come la madre, poter avere una sessualità, desiderare ed essere desiderata ed infine avere anche la possibilità biologica di poter procreare, è un qualcosa di assolutamente pericoloso ed inaccettabile. Ancor di più se la sua percezione della madre è quella di una donna, di una madre e di una moglie frustrata, depressa, confusa od ancora arrabbiata con la propria madre (la nonna materna). Queste dinamiche sono state sottolineate in particolare dalla Riva e collaboratrici, che avanzano anche delle ipotesi relative alla possibilità che la ragazza anoressica, con il suo corpo de-femminilizzato, non mestruato, con la sua iper-razionalità e l'iperattivismo, in qualche modo tenterebbe inconsciamente una identificazione maschile, vale a dire con il padre anziché la madre.

Alcuni anni prima della Riva, Hilde Bruch[8] aveva avanzato delle ipotesi un po' differenti e più centrate su di un ruolo patogeno della madre. In particolare, questa psicoanalista descrive una relazione disturbata tra la ragazza e sua madre, con quest'ultima che non riesce a vedere la figlia come distinta e separata da sé, una madre che tende ad imporre o proiettare le sue sensazioni, pensieri e bisogni invece che aiutarla a percepire ed a riconoscere i propri. Le conseguenze nella figlia, fin dall'inizio della vita psichica, comporterebbero un disconoscimento dei confini dell'io con conseguente difetto nella costruzione dell'immagine corporea ed una incapacità di riconoscere e discriminare le percezioni enterocettive relative a stimoli provenienti dal proprio corpo (fame, sazietà, freddo, fatica, impulsi sessuali, stati emotivi).

---

[8] Bruch H..: *Patologia del comportamento alimentare,* Feltrinelli (1977)

Molto interessanti, a mio parere, sono le osservazioni sui disturbi dell'alimentazione nella primissima infanzia, di solito condotti dagli studiosi che praticano *l'infant observation*, attuata per prima da Esther Bick alla Tavistock di Londra. Alcuni studi in questo campo sembrano dimostrare che almeno una parte dei dca che compaiono in adolescenza abbiano radice nei primissimi scambi madre-neonata soprattutto nel momento dell'allattamento. In generale si può dire che a fare la differenza è la capacità della madre di contenere le ansie del neonato ma, ancora di più, di differenziarle dalle proprie senza confonderle. In particolare, poi, risulta molto importante la capacità della madre di adattarsi ai tempi e modi del neonato di prendere da lei il latte, rispettando la sua individualità e le pause di cui ha bisogno.

Citando Winnicott, così scrive la Npi Antonella Gritti: *"conosciamo l'importanza della pausa concessa al ritmo alimentare, quella che Winnicott chiamava "esitazione", la quale permette al neonato di presentarsi all'incontro con l'oggetto secondo il suo stile personale. Ho notato che in questi casi la pausa è fraintesa (spesso sentita come rifiuto da parte del neonato) e produce ansia nella madre. (...) Noi abbiamo osservato in prevalenza una risposta intrusiva che forza il neonato a mangiare. (...) in tal caso è frequente che compaia il vomito."*[9] A volte e, spesso dopo molto tempo dall'inizio del trattamento, ricostruendo attraverso i ricordi della madre com'è stato l'allattamento con la figlia, il resoconto non è tanto quello di una lattante lenta che la madre ha forzato a mangiare più in fretta, quanto di una bambina avida che, più ed oltre che il latte, le succhiava tutta l'energia (spesso carente nella fase del puerperio anche per gli aspetti fisiologici legati all'aumento della produzione ormonale di prolattina).

In un paio di casi ho potuto ricostruire che questa esperienza di allattamento molto frustrante era collegata anche alla presenza di ragadi sui capezzoli della madre, che probabilmente percepiva una suzione avida anche perché molto dolorosa, per nulla piacevole e fonte di stress.

Al di là delle vicende relazionali della primissima infanzia, nei dca il legame madre-figlia è ad alto tasso di ambivalenza ed è questa che rende particolarmente difficile il compito evolutivo emancipatorio dell'adolescente femmina candidata all'anoressia. Lascio ancora una volta la parola a P. Jeammet:

"Nell'anoressia la ragazza resta bloccata a causa di una dipendenza eccessiva dalla madre, dipendenza che lei avverte contemporaneamente come spaventosa ed indispensabile, e spaventosa proprio perché indispensabile. (...) Non potendo interiorizzare la madre identificandosi con essa, l'adolescente resta dipendente dalla sua presenza fisica reale, in una relazione dominata da un misto di passività e di opposizione attiva, in cui una serve a mascherare l'altra (...) l'anoressica è dominata dall'imago materna, cioè dall'immagine di madre che lei si è costruita e che spesso è diversa, talvolta perfino opposta, rispetto alla madre reale e con cui mantiene una relazione ambivalente di captazione reciproca."

È un'ambivalenza per nulla o poco simbolizzabile e soprattutto agita dalla figlia, contro agita dalla madre e, di solito in posizione più defilata, anche dal

---

[9]Contenuto in: Nicolò A.M. Russo L.: *Una o più anoressie,* Borla (2010)

padre. Questa relazione fatta di scontri/ tregue/ pacificazioni/ nuove tensioni/ altri scontri c'è anche nelle "normali" conflittualità di qualsiasi adolescente; ma nei dca i conflitti arrivano ad intensità particolarmente esasperate soprattutto per i fantasmi di morte, la potenziale morte della figlia sempre più magra (reale o meno che sia tale possibilità). L'arena principale e quotidiana di queste battaglie è la tavola ed i pasti famigliari. Sono momenti in cui si crea una tensione che assomiglia al caricarsi di una tempesta che poi si scatena violenta ed in pochi minuti.

Questo soprattutto nelle prime fasi dell'anoressia; se il dimagrimento si stabilizza si arriva spesso ad una sorta di rassegnazione disperata. Spesso i nodi della coppia genitoriale vengono al pettine: tensioni già da tempo presenti si amplificano e la conflittualità tra marito e moglie diventa non più occultabile (se prima lo era) ed a crisi s'aggiunge crisi. Per lo più la figlia si sente in colpa delle difficoltà della coppia genitoriale, perché la sua tendenza narcisistica onnipotente finisce col farla sentire causa di tutto.

In tal caso il terapeuta deve lavorare per differenziare e distinguere le responsabilità: preferibilmente in colloqui a setting familiare, ma quantomeno in colloqui individuali dopo aver separatamente incontrato i genitori. Non è però un'operazione facile quella di "dare a Cesare quello che è di Cesare e a Dio quel che è di Dio" come dice la famosa frase del Vangelo di Matteo; e non lo è per una ragione messa in luce dalla comprensione sia psicoanalitica che sistemica, che è la seguente: nelle famiglie con dca c'è una significativa labilità dei confini generazionali, dei limiti e spazi reciproci e frequentemente, fino all'arrivo del disturbo alimentare, la famiglia viveva di una narrazione idealizzata di se stessa come famiglia del Mulino Bianco con la figlia perfetta che, nel resoconto genitoriale, è sempre stata brava, buona, studiosa ed obbediente.

Il padre spesso lo troviamo in posizioni estreme ed opposte: più spesso è assente e, come già detto, non fa da terzo separante nella coppia invischiata madre-figlia; altre volte fa il "mammo" in modo regressivo e talvolta vuol essere presente nella vita della figlia in modalità disfunzionali ed anche ambigue.

Ho ancora un ricordo nitido di una seduta famigliare di molti anni fa, in cui il padre, rivolgendosi alla figlia, con un tono tra il ridicolmente piagnucoloso ed il sottilmente arrabbiato, si lamentava con lei perché la ragazza non gli dava l'amicizia su Facebook permettendole di accedere al suo profilo dove ovviamente lei voleva chattare con i suoi amici coetanei in santa pace.

Infine, un altro importante aspetto delle famiglie disfunzionali (con dca ma anche altre problematiche) è relativo alle carenze di barriere non tanto tra genitori e figli, quanto tra i genitori ed una delle famiglie di provenienza. Nelle sedute famigliari abbiamo spesso ascoltato racconti da cui si capiva chiaramente che i nonni (del ramo materno oppure paterno) decidevano tutto o quasi come se fossero loro i genitori della figlia anoressica. Spesso, quando la coabitazione è nello stesso edificio, anche se in appartamenti distinti, non è raro sentir riferire di una nonna o nonno che entrano quando vogliono nella casa della nipote perché ne hanno da sempre la chiave. L'aspetto spiazzante è che il più delle volte questo viene descritto come se fosse assolutamente normale, o perfino elogiato come segno di "unità della famiglia".

Nucleo famigliare che però, in questo caso, è considerato del tutto indistinto dalla famiglia di provenienza. Se è la madre a non essersi mai separata ed individuata dai suoi genitori e da sua madre in particolare, è la nonna materna l'oste con cui i terapeuti devono fare i conti e si deve capire che posizione ha storicamente avuto il padre con questi suoceri: gli è sempre andato bene questo essere "forcluso" (come diceva Lacan)? si è mai opposto? ed in quale modo? Se invece il mai emancipato è lui, succube di una madre/nonna materna debordante, dovremo aspettarci una moglie /madre dell'anoressica, frustrata e rassegnata ad un ruolo marginale e si tratta di capire se, come e dove abbia trovato qualche compenso a tale esclusione. Spesso, sentendo certi resoconti di vita famigliare allargata, viene subito da chiedere *ma a casa vostra chi comanda?*

I terapeuti sistemici alle volte interpretano il sintomo anoressico della figlia adolescente come un tentativo di modificare gli assetti di potere all'interno della famiglia allargata, di solito nel tentativo di ridare un potere ai genitori e limitare quello dei nonni.

Una particolare attenzione va posta nell'osservare l'eventuale uso della "mistificazione" nelle modalità comunicative familiari. Con questo termine intendo una particolare modalità (non sempre consapevole) di mentire alterando la realtà e rovesciandola nel suo opposto. Un esempio di mistificazione può essere il maltrattare qualcuno sostenendo che lo si fa per il suo bene, per educarlo o per motivarlo a migliorarsi, aspettandosi che l'altro accetti questa spiegazione e perfino dimostri gratitudine. Questa che ho appena descritto è una situazione di mistificazione piuttosto semplice, riconoscibile da un soggetto adulto (meno da un bambino soprattutto se chi lo tratta così è persona autorevole); la mistificazione più pericolosa è quella più sottile e nascosta, perché rende molto confusa la percezione di chi la subisce.

Un esempio di questo genere di mistificazione, altamente pericolosa e patologizzante, è la molestia od abuso sessuale compiuto su un minore da una figura adulta nota ed affettivamente significativa, che però ad un certo punto trasforma gesti di affetto fisico in ben altri tipi di contatto; per citare Ferenzci, qualcuno che passa volutamente dal linguaggio della tenerezza a quello della passione ma spacciandolo come qualcosa di affettuoso ed educativo per il bambino/a.

Concludo dicendo qualcosa sulla durata dei trattamenti e le possibili evoluzioni dell'anoressia così come si desumono dalle ricerche. Accenno solo agli esiti che risultano rispetto ai pazienti trattati (alcuni seguiti più, altri meno, ma che comunque sono stati presi in carico).

I dati non sempre sono chiari perché nel campo della salute mentale la ricerca è sempre resa difficile ed incerta dalla scarsa omogeneità dei criteri di classificazione clinica e dei metodi della ricerca stessa, spesso poco comparabili tra loro. Il criterio a cui comunemente ci si riferisce nelle ricerche non è quello di guarigione (concetto difficilmente standardizzabile nei diversi approcci psicoterapeutici) bensì di sufficiente "remissione sintomatica" rispetto all'esordio della malattia.

Dalle ricerche italiane risulta che nel 20 – 30 % dei casi trattati c'è una remissione osservabile entro 4 anni (con almeno 2 anni di cure) dall' esordio; nel 70 – 80% la remissione è osservabile dopo 8 anni e più di presa in carico

anche non continuativa; nel 10 – 20% dei casi comunque trattati permane una condizione di cronicità che dura per tutta la vita.

I dati dell'American Psychiatric Association sono pressoché sovrapponibili, perché i tempi di remissione vanno da un minimo di 57 a 79 mesi: quindi da almeno 4 anni e mezzo fino a poco meno di sette. Inoltre, sempre secondo l'Apa, la mortalità per An si abbassa nelle pazienti seguite intensivamente (anche con cure ospedaliere), ma comunque circa il 10% delle anoressie croniche va incontro ad un decesso precoce: metà per la denutrizione e metà per suicidio.

Nei casi di cronicità si parla anche di una "personalità anoressica". In tal caso è probabile che si sia verificata quella condizione descritta da Jeammet (assieme alla maggior parte dei clinici) per cui lo stile anoressico diventa *"una modalità regolare di reagire allo stress, all'ansia, al sentirsi sopraffatti"* aggiungendo che *"può diventare una tentazione quella di mantenere tale patologia perché da una forza, una sicurezza, un sentimento ed un'impressione di controllo".*

Di fatto il comportamento alimentare restrittivo tende ad autorinforzarsi nel tempo e diventare sempre più stabile; al punto che verrebbe da dire che in casi cronici (che, come abbiamo visto, non sono la maggioranza) non si tratta più del fatto che la ragazza *ha* l'anoressia ma che *è* l'anoressia, nel senso che ormai si è completamente identificata nel sintomo. Da quanto io ho capito, questo succede più facilmente soprattutto se il disturbo non viene trattato, ma anche quando viene trattato solo in modo medicalizzato e con atteggiamento esclusivamente pedagogico/autoritario.

Non solo le già citate Anna Maria Nicolò ed Elena Riva, ma anche altri studiosi dei dca parlano di enigma dell'anoressia: un disturbo particolare, che sembra facile da diagnosticare vista la relativa stabilità e uniformità del corteo sintomatologico dello stile anoressico ; ma che sotto questa uniforme nasconde non solo organizzazioni di personalità di vario tipo, ma anche storie di sviluppo diverse, coppie genitoriali e gruppi famigliari differenti, e quindi anche evoluzioni non univoche: non poche di queste, grazie anche al paziente impegno dei terapeuti, portano ad buon esito finale con la remissione del sintomo e talvolta anche con una guarigione più completa.

SECONDA PARTE

Riempirsi e svuotarsi, non solo di cibo; la Bulimia nervosa ed i B.E.D. (Bing Eating Disorders); il trattamento nei dca e le sue difficoltà specifiche; il terapeuta messo alla prova.

Rispetto ai disturbi alimentari restrittivi, quelli da iperalimentazione sono assai più frequenti; con questa definizione intendo in sostanza i quadri clinici della Bulimia Nervosa (BN) e i cosiddetti BED – Binge Eating Disorders (Disordini da alimentazione incontrollata) ma non l'obesità. L'iperalimentazione è sicuramente uno dei fattori che conducono a quest'ultima condizione che però non è considerata un dca in ragione della sua eziologia multifattoriale in cui una parte importante è giocata anche da fattori costituzionali, genetici, endocrini e metabolici.

Abbuffate e metodi di compenso

L'asettico termine "iperalimentazione", nel gergo comune dei pazienti ma anche che dei curanti è sostituito da quello più colloquiale di "abbuffate". Ma dietro questa parola possiamo trovare condotte diverse e quindi è una definizione che va sempre esplorata e compresa caso per caso, paziente per paziente, a cui va chiesto di riferire in dettaglio cosa fa esattamente quando abbuffa. La principale differenza è infatti quella tra *abbuffata oggettiva* ed *abbuffata soggettiva.*

Mentre la prima è un'alimentazione anomala sia nel *quanto* che nel *come* viene assunto il cibo, la seconda è considerata tale dal paziente, ma non è di fatto una vera abbuffata né per la quantità né per il modo in cui il cibo viene assunto. Il metro di misura del cibo dell'anoressica, in particolare la ragazza con An purging che dice di abbuffare, è irrealistico e le basta veramente poco per definire abbuffata ciò che ha mangiato. Il mondo psichico delle pazienti anoressiche è diverso da quelle bulimiche (le bulimie vere e proprie come le chiamo io).

Lo riconosce anche P. Jeammet quando sottolinea che anche la paziente bulimica molto spesso non si piace e vorrebbe essere più magra (del resto come tantissime altre persone considerate e considerabili come normali) ma, a differenza dell'anoressica, non ha come ideale un corpo filiforme ed in lei non si riscontra la dispercezione corporea, quella distorsione massiva della percezione del proprio corpo. La paziente anoressica purging, anche se fa delle vere abbuffate (cosa non frequente), a mio parere mantiene comunque una configurazione psichica diversa dalla bulimica vera e propria.

Quest'ultima non è affatto autarchica né ascetica e nemmeno iper-razionale come l'anoressica, avendo di solito una vita sociale intensa anche se spesso caotica, frequenti comportamenti impulsivi (non solo sul piano alimentare ma in generale), un funzionamento cognitivo prevalentemente irrazionale e stati emotivi alternati tra una certa maniacalità e depressione di tipo abbandonico. I disturbi alimentari caratterizzati da abbuffate a cui io mi riferisco non hanno alle spalle una fase anoressica e, come vedremo in dettaglio tra poco, comprendono dei nuclei depressivi importanti che non

sono presenti nella patologia anoressica la quale – utilizzando i termini kleiniani – rimane ancorata alla cosiddetta posizione schizoparanoide e può accedere a quella depressiva solo quando si avvia verso un cambiamento di paradigmi psichici ed una possibile guarigione.

Tornando ora alla nozione di abbuffata, ci sono vari aspetti che vanno tenuti in conto. Più ancora del quanto, è il come viene assunto – o, per meglio dire, inghiottito o divorato – il cibo ciò che fa la differenza sul piano clinico. Più l'assunzione di cibo è compulsiva, più ci orienta verso il disturbo alimentare bulimico vero e proprio. Sappiamo che esistono molti tipi di comportamento compulsivo, associati e non ad aspetti ossessivi. Per la mia esperienza, nelle abbuffate della bulimia c'è più l'aspetto compulsivo ma non ossessivo. Nel senso che, prima dell'abbuffata, non c'è o è piuttosto rara una ruminazione ideativa ossessiva sul cibo (come si osserva nella An).

Per lo più si osserva un'intensa condizione di tensione, non caratterizzata da pensieri ripetitivi ma da un senso di disagio e di vuoto, che in parte il paziente avverte come fisico (un buco nello stomaco da fame) ma ancora più come uno stato di vuoto psichico interno: approfondirò tra poco questa percezione di vuoto interno perché la considero importante nella comprensione della bulimia nervosa. Proprio perché compulsiva, e quindi irrefrenabile, l'abbuffata oggettiva è di solito un mangiare estremamente veloce (di fatto è un ingurgitare, un ingozzarsi), dove nulla o quasi nulla viene gustato. La compulsività dell'abbuffata condiziona quindi la qualità e la tipologia di quanto viene ingerito.

Se non c'è niente di buono o nient'altro a disposizione (cosa che succede spesso, quando il paziente stesso od i famigliari hanno fatto in modo di eliminare da casa o renderle inaccessibili, tutti i cibi commestibili ed attraenti), può succedere che il paziente bulimico si ingozzi con quel che trova comprese cose solitamente immangiabili, per nulla gustose e che sono semplicemente quelle presenti nel frigorifero o nella dispensa (ho sentito pazienti raccontare di abbuffate comprendenti farina, verdura cruda, dadi per brodo). La frequenza delle abbuffate varia: come appena detto, nei casi più gravi può essere quotidiana con immaginabili gravi conseguenze (come la comparsa di sangue nel vomito), ma anche più alternata tra fasi più acute e fasi di momentanea e parziale remissione. La quantificazione minima per la diagnosi di Bn nel DSM 5 è di 1 abbuffata alla settimana in media per almeno 3 mesi; nell'ICD 11 è di 2 abbuffate alla settimana in media sempre nell'arco di un trimestre e (con una scelta molto discutibile, secondo me) vengono considerate anche le abbuffate soggettive e non soltanto oggettive. Trattandosi di una media, è chiaro che possono essere considerate entrambe ugualmente bulimiche tanto la paziente che abbuffa e vomita tutti i giorni o quasi quanto quella che, nell'arco di un mese, può fare due settimane con – poniamo – 6 episodi e poi le altre due senza alcun episodio di abbuffata.

Cosa che anche il semplice buonsenso considererebbe clinicamente fuorviante (questi sono i limiti ed i rischi delle categorizzazioni schematiche nella diagnostica psichiatrica).

Di fatto nella realtà concreta noi possiamo osservare che, così come per quelli restrittivi, anche nei comportamenti di iperalimentazione esiste un continuum che va da un estremo patologico dove c'è questa abbuffata più radicale che ho appena descritto, presente nelle bulimie e più raramente nei Bed; all'altro estremo, quello più normale, c'è invece un mangiar troppo ed

anche avidamente, ma scegliendo alimenti che piacciono, consumati anche in compagnia e non di nascosto, senza vergogna ed a cui non seguono comportamenti di compenso. Infine, c'è da tener conto – ed è un qualcosa difficile, che si riesce a capire dal paziente dopo aver raggiunto una significativa alleanza terapeutica – dello stato psichico (cognitivo ed emotivo) che precede l'abbuffata: questo soprattutto nella Bulimia, ma in misura minore anche nei Bed.

A differenza dello stato mentale della anoressica restrittiva pura, sempre lucida nonostante la sua ideazione sub-delirante (che la fa assomigliare al pensiero paranoide), la mente della bulimica lucida non lo è quasi mai, sia prima che dopo l'abbuffata.

Prima di addentrarmi nella descrizione clinica dei quadri di Bulimia nervosa e dei Bed, devo però concludere questa parte con una breve spiegazione dei metodi di compenso, vale a dire quelle azioni che seguono alle abbuffate. Clinicamente, il principale metodo è il vomito provocato a cui si possono aggiungere (il più delle volte in associazione, meno spesso o più episodicamente, da soli) il digiuno, l'uso di lassativi, farmaci anoressizzanti, diuretici, ipermotricità.

Nelle fasi acute della bulimia i metodi di compenso sono sostanzialmente sistematici, mentre nei Bed sono assenti o solo episodici.

So di toccare un argomento spiacevole da affrontare, ma ora parlerò in dettaglio del vomito e dei danni che comporta. Lo devo fare perché, mentre è chiaro a tutti che l'anoressica rischia la morte, non è altrettanto evidente cosa si rischia a provocarsi il vomito ripetutamente.

Il vomito nei dca non è mai o quasi mai naturale e spontaneo anche se qualche paziente tenta di definirlo tale. I danni creati da un vomito provocato e ripetuto molto spesso sono di tipo essenzialmente gastrico: pirosi, gastrite, ulcere, fino al cosiddetto esofago di Barret.

A questi però se ne aggiungono altri: ingrossamento delle ghiandole salivari, danneggiamento dei denti nonché squilibri elettrolitici – cioè dei livelli di sodio, potassio, magnesio – che possono provocare problemi cardiaci. Partiamo dall'assunto che la fisiologia dell'apparato digerente, dall'esofago fino all'intestino, è costruita per mandar giù il cibo e non per riportarlo su, cosa che richiede uno sforzo non da poco. Questo succede solo quando è assolutamente necessario che avvenga, per tutelare l'organismo stesso: o perché s'è mangiato decisamente troppo, o perché si è ingurgitato qualcosa di tossico o perché un qualche virus sta agendo nell'organismo, o come effetto collaterale di certi farmaci (ad es. chemioterapia). Vomitare è buttar fuori dal corpo qualcosa di dannoso/o pericoloso e può accadere che questo qualcosa sia anche un elemento emotivo – psichico: nausea, conati di vomito e vomito vero e proprio possono verificarsi anche di fronte a momenti di shock emotivo, traumi specifici che la mente tenta di buttare fuori da dentro, corpo compreso.

In assenza di queste specifiche condizioni, provocarsi il vomito non è facile perché va contro la fisiologia normale ed è un atto che la mente arbitrariamente fa a danno del corpo, il quale non ne sentirebbe alcun bisogno. Nelle abbuffate più violente, quelle dove si ingurgita di tutto, il vomito può essere facilitato proprio dall'aver ingerito troppe cose ed alimenti scartati dal normale appetito; ma anche in questo caso è più un atto di imperio della mente che vuole subito evacuare perché, mentre il vomito

spontaneo solitamente si verifica un po' di tempo dopo l'ingestione del cibo, quello forzato deve essere provocato in un lasso di tempo non troppo distanziato da quando c'è stata l'abbuffata. La paziente bulimica emotivamente sente che deve sbarazzarsi prima possibile di questo oggetto cattivo introiettato ed inoltre, vero o meno che sia, pensa che debba farlo prima che si avvii la digestione.

Il vissuto di vuoto interno come trigger dell'abbuffata nella BN

Uno degli autori su cui, tanti anni fa, io mi sono formato e che apprezzo molto per la sua chiarezza e precisione concettuale è Otto Kernberg, uno psichiatra di formazione psicoanalitica che si è occupato ed ha scritto molto sulle sindromi marginali o, detto in altro modo, sui cosiddetti pazienti borderline. Nel libro *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, dedica un intero capitolo ad uno stato psichico che non è appannaggio soltanto dei borderline ma che, in queste persone, ha una sua peculiarità non solo perché è sperimentato con maggiore intensità e frequenza, ma anche perché in loro costituisce il trigger, l'innesco precursore di molti comportamenti problematici ed agiti di vario genere. Kernberg non cita in modo specifico la bulimia nervosa, ma a mio parere quanto lui dice calza perfettamente con quanto ho osservato nella maggioranza delle pazienti bulimiche che ho avuto modo di seguire. Cito direttamente alcune parti del capitolo intitolato "*Soggettiva esperienza di vuoto"* tratte dal libro di Kernberg:

Quando, per vari motivi, è minacciato il rapporto normale fra il Sé ed il mondo interiore degli oggetti (le rappresentazioni oggettuali integrate) e si verifica quel che si potrebbe denominare un abbandono interiore del Sè da parte degli oggetti interiori o la perdita di questi ultimi, si sviluppano esperienze soggettive patologiche penose e perturbanti. Fra queste esperienze predominano un senso di vuoto o di inutilità della vita, inquietudine e noia croniche, una perdita della normale capacità di sperimentare e superare la solitudine. Certi pazienti descrivono un'esperienza soggettiva penosa e perturbante che frequentemente caratterizzano come sentimento di vuoto. In casi tipici è come se questo senso di vuoto fosse la loro modalità fondamentale di esperienza soggettiva alla quale tentano di sfuggire impegnandosi in diverse attività oppure in frenetiche interazioni sociali, ingerendo droghe od alcool oppure tentando di ricavare soddisfacimenti pulsionali attraverso sesso, aggressività, ***cibo od attività coatte che riducono la loro concentrazione sull'esperienza interiore.*** [10] *(....)*

L'abbuffata della bulimia si configura proprio come una di queste azioni coatte che distolgono l'attenzione della paziente dal suo stato emotivo interno, troppo frustrante e caotico rispetto alle capacità elaborative ed integrative di un Io in forte difficoltà. Più avanti, sempre nello stesso libro, Kernberg descrive anche le diverse forme di questo vissuto di vuoto interiore differenziandole tra tre diverse categorie: a) pazienti con depressione nevrotica o strutture depressive della personalità; b) pazienti schizoidi; c)

[10] Il grassetto è mio.

pazienti con strutture narcisistiche della personalità. Mi limito a citare la prima di queste tre casistiche, in particolare le strutture depressive perché, perlomeno in base alla mia esperienza, sono quelle che più spesso ho riscontrato nelle pazienti bulimiche.

L'esperienza soggettiva del vuoto può assumere varie forme. Certi pazienti con depressioni nevrotiche croniche o strutture depressive della personalità la presentano solo ad intermittenza e nel descriverla la differenziano nettamente da altri tipi di esperienza soggettiva. I periodi in cui si sentono vuoti sono caratterizzati dal senso di perdere contatto con gli altri, che appaiono allora distanti, non disponibili o meccanici, come essi stessi si sentono di essere. La vita sembra non avere più senso, non c'è speranza di futuri soddisfacimenti o felicità, nulla da ricercare o desiderare, nessun obiettivo cui ambire. Si sentono, talvolta, come se non potessero amare nessuno e come non vi fosse alcun motivo per cui essere amati; il mondo umano si è svuotato di rapporti significativi fra la gente, o perlomeno di rapporti d'amore significativi che investano questi pazienti. (...) questi sentimenti di vuoto nei pazienti depressi si avvicinano al sentimento di solitudine, se non che la solitudine implica elementi di aspirazione e desiderio ed il senso di aver bisogno di altri e del loro amore, che ora non sembrano disponibili. L'esplorazione psicoanalitica rivela regolarmente che questi pazienti soffrono di un senso inconscio di colpa e che lo "svuotamento" della loro esperienza soggettiva riflette l'aggressività espressa dal Super-io, per così dire, sul Sé. La dura punizione interiore inflitta dal Super-io consiste nel verdetto implicito che essi non meritano di essere amati ed apprezzati e che sono condannati alla solitudine. A livello più profondo, e nei casi più gravi, le pressioni del Super-io determinano fantasie del tipo che, essendo cattivi, hanno distrutto i propri oggetti interiori e perciò sono lasciati soli in un mondo ora vuoto d'amore."

Queste ultime considerazioni sul sentirsi cattivi e sul meritare la solitudine come punizione trovano un riscontro, perlomeno nella mia esperienza clinica, con una buona parte della casistica bulimica. A differenza delle anoressiche in fase acuta, nelle quali domina il trionfo autarchico e la sfida onnipotente alla realtà (curanti compresi), nelle bulimiche prevale un senso pervasivo di vergogna e fallimento, anche se spesso viene nascosto o mascherato dai momenti più maniacali e intrisi di agiti. Provano una profonda vergogna perché si abbuffano in maniera che esse stesse considerano animalesca e perché poi vomitano o fanno cose fisicamente pericolose di cui hanno una consapevolezza magari discontinua ma che invece l'anoressica si nega completamente. Si crea un circolo vizioso per cui la vergogna ed i vissuti depressivi di disistima di sé che l'accompagnano spingono queste persone ad abbuffare, cosa che li riempie di ulteriore vergogna che spinge ad altre abbuffate e così via. Si vergognano perché, pur sentendosi schiave della loro compulsione e dei rischi sulla salute fisica che comporta, sentono di averne un bisogno talmente forte, una sorta di attrazione che spesso considerano uguale a quello della dipendenza da sostanze.

Non di rado descrivono il loro bisogno di abbuffare e poi vomitare come una sorta di *craving*: vale a dire il fortissimo impulso psicofisico (ancor più fisico che psichico), di assumere una sostanza psicoattiva. La condizione psichica che precede l'abbuffata solitamente è non solo del tutto priva di

quella ruminazione ideativa ossessiva che precede altre forme di compulsione nel cosiddetto DOC (disturbo ossessivo-compulsivo), ma contraddistinta da un più o meno lieve stato di dissociazione, sospensione del pensiero logico e, soprattutto, dominata da quel senso di vuoto interiore descritto da Kernberg. Nelle bulimie, è un vuoto anche di pensieri che l'abbuffata ed il successivo vomito hanno il compito di ridurre ancora, al minimo possibile. Dopo lo svuotamento provocato dal vomito, oltre alla fatica fisica, il più delle volte c'è questa condizione descritta da Jeammet:

Spesso la fine della crisi è seguita da uno stato di torpore, di ondeggiamento interiore, quasi di depersonalizzazione, con dei violenti dolori fisici, in particolare addominali, ed un sentimento di vergogna, di disgusto e di rimorso.

Il livello di autostima, già assai basso prima, finisce con l'essere ancora più compromesso dopo l'abbuffata seguita da vomito od altro metodo.

Bulimia nervosa: riempirsi e svuotarsi, non solo di cibo

La bulimia è un dca per il quale vale il principio generale che ho enunciato nel primo incontro e di cui parla anche Gabbard nel suo manuale *"Psichiatria psicodinamica":* è un quadro clinico che possiamo riscontrare in diverse strutture od organizzazioni di personalità. Detto questo, nei casi da me trattati ho riscontrato che il disturbo bulimico il più delle volte è una manifestazione sintomatico-comportamentale specifica messa in atto il più delle volte da una personalità borderline; più raramente da una nevrotica e ancora più raramente da una psicotica.

Che rapporto c'è tra disturbi bulimici e disturbi di personalità borderline?

Secondo Gabbard [11] più della metà delle pazienti bulimiche soffre di associati disturbi della personalità (in cui peraltro, come dice sempre l'autore, il disturbo borderline di personalità funge come matrice e punto di riferimento di tutti gli altri); si potrebbe anche rovesciare la prospettiva dicendo che, nella vasta gamma dei disturbi di personalità, si incontra un *cluster*, una casistica di pazienti che esprime una significativa parte della sua angoscia agendo proprio sul corpo con abbuffate seguite da drastici metodi di compenso, vomito in primis.

Di fatto si riscontra spesso questo problema di comorbilità tra disturbi di personalità e disturbi bulimici, dove mi pare chiaro che l'accento diagnostico differenziale va posto lì dove si osserva una prevalenza quantitativa e qualitativa di certi sintomi su altri: in particolare si tratta di valutare il peso del disturbo alimentare quando coesiste all'interno di una più vasta gamma di comportamenti patologici, come avviene spesso nelle bulimie. A mio parere, a livello clinico è utile e sensato distinguere tra pazienti bulimiche in cui prevale il comportamento alimentare disturbato a cui si affiancano, in certi momenti ma non stabilmente, alcuni altri comportamenti impulsivi, da altre pazienti (cosiddette forme multi-impulsive) che hanno invece una vasta gamma di comportamenti autodistruttivi, dipendenza da sostanze, episodi di palese dissociazione: questi casi, a mio parere, è più corretto considerarli disturbi di personalità borderline a basso funzionamento a cui

[11] Vedi ancora "Psichiatria Psicodinamica" di G.O. Gabbard, pag. 358 e 359

si associa un comportamento bulimico, soprattutto quando è quest'ultimo ad essere più episodico.

Nelle organizzazioni borderline si osservano, tra i tanti, due aspetti tipici che si riscontrano significativamente nelle pazienti bulimiche: a) l'angoscia abbandonica con la conseguente rabbia scatenata dal vissuto di perdita, rabbia che nella BN viene prevalentemente introvertita, cioè rivolta contro di sé; b) la depressione come rischio di scompenso principale, contro cui la paziente si difende in vari modi.

L'angoscia abbandonica (paura di perdita dell'oggetto e, ad un livello più evoluto, la paura di perdita dell'amore dell'oggetto) prende spesso la forma di quel vuoto così ben descritto da Kernberg e molti altri clinici, come il francese Bergeret[12]. Ma anche nella ricerca sperimentale è stato dimostrato un nesso diretto tra spinta compulsiva all'abbuffarsi di cibo e vissuto abbandonico: è ancora Gabbard che ne parla citando uno studio di Patton del 1992 su 80 pazienti donne, metà con un dca e l'altra no.

Per Kernberg (e per la maggior parte degli psicoanalisti che si rifanno alla teoria delle relazioni oggettuali) nei borderline, come in molte pazienti bulimiche, si è verificato un qualche intoppo in quella specifica fase del processo di separazione – individuazione che viene chiamata "rapprochment" (riavvicinamento) che avviene tra l'anno e mezzo ed i due anni e che dovrebbe portare al consolidamento della cosiddetta costanza oggettuale, che poi altro non né che un sufficiente vissuto di sicurezza interna, la basic trust (fiducia di base). In questa fase il bambino, che ormai cammina e si sposta bene nell'ambiente fisico, ha voglia di esplorare il mondo ma ha anche momenti di timore che la madre scompaia. L'atteggiamento di rassicurazione e di fiducia della madre è fondamentale per tranquillizzare il bambino sul fatto che possa allontanarsi da lei vivendo questo distacco e questa perdita come momentanea e non catastrofica.

I pazienti borderline e molte pazienti bulimiche è come se rivivessero continuamente una crisi infantile precoce in cui temono che i loro tentativi di separarsi dalla madre (o dall'oggetto di investimento affettivo) provocheranno la sua scomparsa. Una delle conseguenze più evidenti - che poi si osserva nelle loro relazioni interpersonali transfert compreso - è appunto la mancanza di una stabile costanza oggettuale e, a causa del meccanismo difensivo della scissione, l'incapacità di integrare aspetti buoni e cattivi nella rappresentazione di sé e dell'oggetto.

In termini di teoria dell'attaccamento, i pazienti borderline (e molte pazienti bulimiche) di solito hanno sperimentato o un legame di attaccamento disorganizzato (tipo D) o quantomeno insicuro – ambivalente (tipo C). A fronte della paura abbandonica del bambino, è cruciale la risposta materna o dell'oggetto di investimento affettivo: se non è affatto rassicurante ma a sua volta spaventata e "spaventante"[13], se comunica al bambino pericolo o, peggio ancora, un suo essere cattivo perché si allontana da lei facendola in qualche modo star male, ne consegue una perturbazione dell'immagine di Sé e dell'oggetto di attaccamento. In tal modo, il cosiddetto

---

[12] J. Bergeret: *Depressione e stati limite.* Il pensiero scientifico, 1989

[13] Anzichè "spaventosa" si usa il neologismo "spaventante" per meglio sottolineare la caratteristica transitiva dell'affetto angosciante che è vissuto dalla madre ma poi, in una certa misura, trasmigra poi sulla/sul figlia/o.

MOI (modello operativo interno) è condizionato dall'interiorizzazione di una relazione oggettuale quantomeno inadeguata quando non francamente patologica; di conseguenza, quando gli introietti cattivi sono proiettati fuori, questi pazienti si sentono in balìa di persecutori malvagi; quando vengono reintroiettati, fanno sentire queste persone prive di valore e deprecabili, per nulla degne di amore ed attenzione.

In tal senso potremmo dire che nella bulimia ci si riempie e ci si svuota non soltanto di cibo, ma soprattutto di un cibo-oggetto primario di attaccamento. Le crisi di abbuffata con vomito rappresentano da un lato il desiderio orale arcaico di incorporare, divorandolo, l'oggetto primario di attaccamento (la fantasia del "ti desidero così tanto che ti mangerei"); siccome però, a causa di un attaccamento per nulla sicuro, l'oggetto può anche assumere una valenza inquietante, pericolosa o perfino distruttiva, c'è l'immediata necessità, una volta incorporato, di espellerlo altrettanto rapidamente fuori di sé perché da dentro, non abbandoni o addirittura non danneggi il Sè. Poter prima ingoiare e poi espellere il cibo a volte rappresenta, per certe pazienti bulimiche, la possibilità mai davvero avuta di poter padroneggiare una relazione oggettuale primaria fortemente disturbata: spesso con la madre (come vedremo a breve) ma anche con un padre o con una coppia genitoriale percepita come indifferenziata nella patologia del legame.

Sul piano sociale relazionale, all'ingurgitare e vomitare, corrisponde un movimento analogo di massicci avvicinamenti seguiti da altrettanto massicci allontanamenti, passaggi dall'idealizzazione più totale ad una altrettanto totale svalutazione: in buona sostanza, quelle montagne russe che ogni terapeuta sperimenta poco o tanto con i pazienti border. La dinamica bulimica, poi, si può caricare di altri significati e valenze. La compulsività seriale e la ritualità fisica dell'ingozzarsi e poi del vomitare, agli occhi di alcune delle stesse pazienti bulimiche tende ad assomigliare ad una pratica autoerotica compulsiva, sebbene con una localizzazione corporea spostata dalla zona genitale a quella orale. Se poi, come vedremo più avanti, la paziente bulimica ha sperimentato abusi o molestie sessuali (soprattutto se hanno coinvolto in specifico la bocca) questa assimilazione inconscia alla masturbazione coatta diventa ancora più significativa.

Il rapporto madre – figlia e le famiglie nelle pazienti BN

Nella parte relativa all'anoressia mentale ho dedicato molto spazio al legame madre e figlia, aspetto peraltro studiato ed analizzato da gran parte dei clinici sia di scuola analitica che sistemica. Per quanto riguarda le bulimie, mi sento di dire che questo legame è un po' meno complesso, ma resta comunque molto importante in termini di eziologia del disturbo. Quello che io ho potuto riscontrare nelle pazienti bulimiche è un legame meno denso di paradossi come si osserva nell'anoressia; quindi, un rapporto che potremmo considerare più coerente e lineare, ma è una coerenza *in peius* perché caratterizzata da una squalifica materna esplicita ed indirizzata specificamente sul corpo della figlia. Mi riferisco ad un rapporto in cui la madre della bambina futura bulimica esprime, a volte in modo più manifesto ed a volte in forme più sottili, una significativa svalutazione e non accettazione dell'aspetto estetico del corpo della figlia: più spesso a partire

dalla pubertà ma, nei casi più gravi, fin dalla prima infanzia. Anche qui esiste una vasta gamma di atteggiamenti svalutanti: da quelli più totali a quelli più minimali ma comunque avvertiti dalla figlia con ricadute sull'immagine di sé. Faccio due esempi clinici ai versanti estremi: uno particolarmente severo ed uno decisamente più lieve. Il primo è quello della paziente bulimica più grave che ho trattato con una psicoterapia durata 5 anni e mezzo.

Oltre ad una pratica di abbuffate con vomito quotidiane, attuava svariati comportamenti autolesionistici, tra cui uno così estremo da rischiare la morte in almeno due occasioni. La madre della paziente, quando lei era bambina ed a casa non era presente il padre, denigrava la figlia per il suo aspetto florido ed un sovrappeso seppur lieve. Ricordava parecchi epiteti e battute sarcastiche della madre relative al suo corpo; ma rimasi turbato quando mi riportò una specifica frase detta dalla madre quando lei era all'inizio della terza elementare: *"sei proprio brutta e grassa... guarda che se non cambi non potrai mai fare del sesso con gli uomini."* Rimasi quasi scioccato da questa frase e confesso che all'inizio mi difesi con una parziale negazione, pensando che fosse un ricordo non del tutto reale, ma trasformato. Procedendo con la terapia, mi resi sempre più conto che i ricordi della paziente erano realistici ed i resoconti coerenti; a metà terapia, su richiesta della paziente stessa, ebbi poi modo di conoscere il fratello che mi confermò in pieno la descrizione di una madre non solo disturbata ma anche fortemente distruttiva, soprattutto con questa figlia femmina.

L'altro caso è invece quello di una paziente che mi raccontò che sua madre trovava ridicolo ed imbarazzante il seno della figlia. Ricordava perfettamente quel momento, quando lei aveva compiuto da poco quindici anni, in cui erano andate a casa di un'amichetta compagna di classe.

Mentre le due madri parlavano nella stanza accanto, la paziente sentì la sua dire queste parole: "*mia figlia non ha un seno normale come la tua... è davvero ridicolo, brutto, grosso e così volgare ... le ho proposto tante volte di farsi operare, conosco un bravo chirurgo estetico e non c'è alcun problema di soldi... ma lei niente, è una testarda e non vuole saperne".* Anche l'amica aveva sentito tutto e se n'era uscita con una frase tipo *"tua madre è proprio una stronza";* questa ennesima uscita materna ed il sostegno emotivo dell'amica la spinsero a ribellarsi come mai aveva osato. Andò di là nella stanza ed affrontò subito la madre urlandole queste parole: *guarda che quello del seno è un problema tuo e non mio, il mio seno mi va benissimo così com'è ... smettila di parlare dell'operazione, tanto io non me la farò fare mai!".* La madre, offesa per la brutta figura, non le rivolse la parola per un mese ma smise completamente di riparlare dell'operazione. In questo secondo caso è chiaro che l'atteggiamento della madre è assai intrusivo, ma non così patologico come quello dell'altra madre; e probabilmente la seconda paziente aveva, anche per l'età, delle risorse maggiori della prima.

Un altro aspetto importante è che spesso queste madri delle pazienti bulimiche hanno due elementi ricorrenti: hanno od hanno avuto spesso un rapporto conflittuale e mai elaborato con la propria madre (qui torniamo all'aspetto trigenerazionale femminile, già citato per le anoressie) ed una tendenza ad essere molto attente alla linea, esteticamente molto curate e con un investimento narcisistico molto forte sul proprio aspetto. Questo secondo elemento era molto accentuato nella madre della seconda paziente appena descritta, la quale mi raccontava che le rare volte in cui era andata a

passeggio in città con la madre, aveva percepito l'imbarazzo di lei a farsi vedere con una figlia non solo dotata di un seno "eccessivo e volgare" ma anche mal vestita, mal truccata, inadeguata in generale. Soprattutto diversa da lei, e tale come se la sua perfezione estetica venisse in qualche modo disturbata ed offuscata dall'inadeguato aspetto della figlia.

Con una capacità introspettiva notevole, senza alcun suggerimento interpretativo da parte mia, mi disse così : *più mia madre mi voleva "carina e femminile" come lei intendeva, più io mi vestivo in modo opposto; ho sempre pensato che fosse la reazione normale di una adolescente ribelle ; ora capisco che c'era un altro motivo in più : e cioè che se io fossi stata non solo più carina ma più bella di lei, in realtà lei non lo avrebbe sopportato ... tra la svalutazione e l'invidia forse la seconda sarebbe stata peggio" .*

Un rapido accenno alle famiglie delle pazienti bulimiche. Premetto che le mie sedute familiari (sia di valutazione che di trattamento vero e proprio) sono state, nei due terzi circa dei casi, con pazienti anoressiche e solo nel restante terzo con pazienti con bulimia oppure (con quota ancora minoritaria) con Bed. In generale io ho riscontrato una minor esclusione del padre (come avviene nelle famiglie delle anoressiche), che più spesso si esclude da sé piuttosto che essere esautorato da una madre dominante. E' un padre che si autoesclude perché è un padre che ha una dipendenza (spesso da alcool), oppure è separato con una nuova compagna o famiglia che lo assorbe o da cui si fa assorbire oppure economicamente non mantiene la famiglia che sta sulle spalle materne. Però ho anche riscontrato, di più rispetto alle famiglie anoressiche, dei padri ambigui che creano quelle situazioni non realmente incestuose ma che Racamier chiamava "incestuali". Di questo farò un accenno più specifico tra poco, parlando dei traumi nei dca bulimici.

Sempre a proposito delle famiglie, riporto infine un brano tratto dal manuale di Gabbard:

Come le madri delle pazienti anoressiche, i genitori delle bambine destinate a diventare bulimiche si rapportano spesso alle figlie come se queste fossero estensioni di sé stessi (Humphrey, Stern, 1988; Strober, Humphrey, 1987). Queste bambine vengono spesso usate come oggetti-Sé per convalidare il Sé del genitore. Ciascun membro della famiglia dipende da tutti gli altri membri per mantenere un senso di coesione. Sebbene questo schema caratterizzi le famiglie delle pazienti anoressiche, nelle famiglie bulimiche predomina una modalità particolare di gestire le qualità "cattive" inaccettabili. I membri delle famiglie bulimiche apparentemente hanno un forte bisogno che chiunque li veda come "tutti buoni". Le qualità inaccettabili dei genitori vengono proiettate nella bambina bulimica che diviene la depositaria di tutta la "cattiveria". Identificandosi inconsciamente con queste proiezioni, essa diviene la portatrice di tutta l'avidità ed impulsività della famiglia. Il risultante equilibrio omeostatico mantiene l'attenzione sulla bambina "malata" piuttosto che sui conflitti nei, o tra, i genitori."

Mi ci ritrovo solo in parte in questa raffigurazione perché, perlomeno da come io la capisco, si descrive una figlia utilizzata come capro espiatorio o, per usare una terminologia più psicodinamica, come contenitore unico delle

proiezioni negative genitoriali: un qualcosa che ho riscontrato solo in pochissime famiglie, stante anche il fatto che di solito la dinamica relazionale è più complessa e non così monodirezionale. Nelle famiglie con figlie bulimiche ho trovato, in media, una conflittualità più intensa e soprattutto più manifesta rispetto a quelle con anoressiche (in cui spesso è più sottile e mistificata), conflittualità in cui spesso la figlia ha un ruolo attivo e non solo passivo, di mero bersaglio. In generale, quello che io comunque consiglio è di non fissarsi troppo sugli schemi interpretativi, anche quelli famigliari; il più delle volte la realtà della clinica, rispetto ai nostri schemi, è non tanto più complessa, quanto differente.

Per questo è meglio sempre mantenere la nostra mente disponibile a visioni diverse, tollerando in noi l'incertezza nell'accettare che le nostre ipotesi si rivelino provvisorie, tali da doverle abbandonare pensandone altre nuove, anche molto diverse da quelle iniziali.

Eventi traumatici nell'eziopatogenesi della Bulimia

C'è un testo di due terapeuti belgi di formazione cognitivo-comportamentale, Johan Vanderlinden e Walter Vandereycken che tratta in modo specifico del rapporto tra traumi (sia sessuali che in generale) e sviluppo dei dca.[14] Gli autori citano una gran mole di ricerche prima di descrivere le loro e con grande correttezza spiegano anche i limiti della ricerca in un campo clinico particolarmente difficile e delicato. In particolare, la difficoltà di trovare concetti univoci e totalmente condivisi tra tutti gli studiosi su questi tre aspetti del trauma e/o della violenza sessuale: una sua definizione precisa ed univoca; i livelli di gravità; i criteri di valutazione.

Ciò premesso, cosa dicono questi ricercatori? Due cose in particolare.

La prima è che, come già detto prima a proposito di anoressie, le ricerche confermano che non esiste una connessione *specifica e diretta* tra violenza sessuale (ed altre esperienze traumatiche) e successivo sviluppo di un dca: le percentuali di pazienti con dca che hanno subito un trauma di natura sessuale corrispondono a quelle della popolazione psichiatrica generale. Tuttavia, sia le loro che numerose altre ricerche evidenziano che la presenza di pregresse molestie o violenze sessuali sono significativamente più presenti nelle pazienti bulimiche e nelle anoressiche purging (che si provocano il vomito) rispetto alle anoressiche restrittive od altri dca, con percentuali che oscillano tra il doppio ed il triplo. Citano anche le ricerche specifiche di Welch e Fairburn da cui risulta che "*l'esperienza di episodi sessuali in cui era stata usata la forza risultava associata ad atteggiamenti e comportamenti alimentari anomali. Ma soltanto i rapporti sessuali precoci – prima di 14 anni – avvenuti contro la volontà del soggetto presentano una correlazione significativa con le tendenze bulimiche.*" Ulteriori ricerche di Hastings e Kern su poco meno di 800 studentesse universitarie dimostrerebbero poi che l'associazione di violenza sessuale ed ambiente familiare caotico, sommandosi tra loro, fanno salire la probabilità di insorgenza specifica di un dca di tipo bulimico.

---

[14] Vanderlinden J. Vandereycken W: *Le origini traumatiche dei disturbi alimentari* – Astrolabio (1998)

La mia esperienza, che è di clinico e non di ricercatore, è in linea con queste conclusioni. Ho già accennato al fatto che, nelle famiglie bulimiche più che in quelle anoressiche, ho riscontrato un clima "incestuale" ed una più esplicita conflittualità e rivalità da parte della madre verso la figlia. Spesso le famiglie delle bulimiche mi sono sembrate più "degradate" di quelle anoressiche, anche se questo termine va chiarito. Non intendo degradate in senso economico o socioculturale quanto nella qualità delle relazioni affettive, caratterizzate da una scarsità di attenzione e protezione da parte di entrambi i genitori verso la figlia presente fin dalla prima infanzia. Spesso c'è anche una situazione di *role reversal* che la figlia ha dovuto assumere fin da piccola nei confronti di uno dei due genitori, con l'altro che non solo non riconosce questo peso di responsabilità eccessivamente adultizzante, e non solo non gratifica in qualche modo la figlia, ma anzi tende a rappresentare un elemento di ulteriore disturbo con sentimenti di gelosia e rivalità oppure di sfruttamento del ruolo accudente dato alla figlia.

Il vomito, che è comportamento dominante nelle bulimie ma significativo anche di certe fasi delle anoressie purging, mi è spesso sembrato un segno indicativo del bisogno di espellere, oltre al cibo, un trauma che è stato dissociato dalla mente e dalla memoria della paziente e può essere espresso solo in questo modo coatto e ripetitivo. Vanderlinden e Vandereicken sottolineano molto l'importanza della dissociazione nei dca soprattutto bulimici.

Abbuffarsi e poi subito dopo vomitare quello si è ingurgitato rappresenta probabilmente un tentativo di padroneggiare un'esperienza traumatica trasformandola da qualcosa di totalmente subìto in qualcosa che viene attivamente agito dalla persona stessa. Nei casi in cui c'è stato un trauma sessuale, l'abbuffata riproduce in qualche modo l'intrusione corporea violenta (in questo caso agita dalla stessa vittima, identificata con l'aggressore) mentre il successivo vomito si configura come un atto di purificazione, che cerca di espellere l'oggetto cattivo interno. È comunque una soluzione momentanea, perché non cancella il trauma subito e conduce sostanzialmente allo stesso esito: un profondo senso di vergogna o di disgusto per sé stessa, talvolta aggravato anche dal fatto che ora la "colpa" non è di qualcun altro che ha fatto qualcosa ma della paziente stessa che ha fatto qualcosa di brutto e pericoloso contro di sé.

Il sentirsi cattivi, tanto da meritare la solitudine come punizione, è un vissuto che il terapeuta percepisce spesso nella paziente bulimica, anche se di frequente è coperto o camuffato da atteggiamenti difensivi di vario tipo.

I BED - Binge Eating Disorders

I disturbi da alimentazione incontrollata sono molto frequenti, molto di più delle bulimie ed ancor più delle anoressie. Di solito non sono seguiti dai centri specialistici per i disturbi alimentari, come quello in cui ho lavorato, che – assai oberati di lavoro – devono concentrarsi sui casi più gravi di anoressia e bulimia. Più facilmente vengono visti nei servizi di psicologia o da colleghi libero – professionisti a cui spesso questi pazienti si rivolgono portando non solo e non tanto il sintomo alimentare ma problematiche più generali di ansia o depressione. Probabilmente la più significativa fetta di pazienti Bed si rivolge solo a medici nutrizionisti o dietiste (non quindi a

specialisti dell'area psy) e non pochi non si rivolgono a nessun sanitario cercando cure fai-da-te.

La bibliografia scientifica, che è notevole sull'anoressia ma decisamente minore sulla bulimia, è ancora più scarsa sui Bed. Si trova qualcosa di taglio cognitivo-comportamentale, poco o nulla di psicoanalitico. È invece a disposizione una gran quantità di manualetti self-help, di livello molto divulgativo e credo molto acquistati, a riprova del fatto che i bed sono piuttosto frequenti e riscontrabili in una popolazione meno "clinica" e più generale.

Semplificando molto, possiamo dire che i Bed sono forme attenuate di Bulimia nervosa: principalmente perché manca (o è raro e saltuario) il ricorso al vomito od altre forme dannose di compenso; ma anche perché sono meno intensi tutti quegli aspetti descritti a riguardo della Bn; in particolare, non c'è una depressione clinicamente significativa.

La maggior parte dei soggetti che presentano fasi più o meno durature, più o meno intermittenti di alimentazione impulsiva incontrollata, sono persone che per i più vari motivi si sentono deluse, frustrate, insoddisfatte, sole ed impantanate in contraddizioni e/o conflitti, ma non presentano gravi aspetti depressivi abbandonici, la tendenza agli agiti, la volubilità dell'umore e delle relazioni interpersonali che sono caratteristici dei pazienti con Bulimia vera e propria. Come i pazienti bulimici, ed anzi un po' di più, anche quelli che hanno un Bed provano vergogna ed imbarazzo per le loro abbuffate, anch'esse fatte il più delle volte di nascosto; però non hanno comportamenti punitivi autolesivi, né la tendenza ad abusare sistematicamente di alcool od altre sostanze. È più facile, tra di loro, riscontrare personalità nevrotiche o comunque con un Io che mantiene un sufficiente esame di realtà e non utilizza difese massicce come proiezione, scissione e diniego. Detto questo, non bisogna sottovalutare un Bed, soprattutto se è un sintomo agli esordi che si osserva in un adolescente, perché il viraggio verso una bulimia non può essere escluso con certezza ed è bene darsi un periodo di osservazione.

Un Bed può essere seguito anche da un professionista non specializzato in Dca; anzi, a mio personale parere, questo può essere un vantaggio perché il rischio di certi terapeuti specializzati in dca è considerare ogni condotta alimentare anomala come dca e trattarlo come tale. Come già detto, se il paziente ha problemi alimentari è sempre meglio che lo psicoterapeuta possa collaborare con qualcuno che presìdi la parte fisica: perlomeno con il medico di base, meglio ancora con il medico nutrizionista e la dietista. Questo vale anche per un paziente Bed, soprattutto se le abbuffate sono molto frequenti: dalle statistiche risulta che 20% - 25% dei pazienti obesi sono diventati tali per causa o concausa di un Bed. Altro aspetto da tenere in possibile conto è che l'impulso incontrollato scompaia dal settore alimentazione ma trasmigri in qualche altro (abbuffate di internet, incontri ed avventure sessuali, attività fisica eccessiva, gioco d'azzardo). Questo solitamente significa che l'area narcisistica è più danneggiata di quanto non pareva a prima vista e che ci sono aspetti depressivi latenti da affrontare, di cui però il paziente ha poca o nulla consapevolezza. L'utilizzo di farmaci antidepressivi va attentamente monitorato perché sembra che certi SSRI possano slatentizzare queste tendenze alla compulsività.

Infine, accenno ad una forma particolare di dca, che non è un Bed, ma che è abbastanza diffusa e che potreste aver già incontrato o vedere in futuro: mi

riferisco alla cosiddetta Nes – Night Eating Syndrome. La si trova in persone con problemi di insonnia e che mangiano la notte: di solito non cucinando ma prendendo cibi dalla dispensa o dal frigo, con una alimentazione che inevitabilmente è poco sana. Nella Nes non c'è vera abbuffata, nessuna particolare vergogna, di solito viene scelto cibo che piace. La persona spesso dice *"mangio perché non riesco a dormire, né a leggere, la Tv mi stufa, sento fame e ho voglia di mangiare".* Tuttavia è dubbio quanto l'insonnia sia la causa del mangiare notturno e non piuttosto l'inverso, od entrambe le cose in sinergia; e se si fa un minimo di anamnesi alimentare (che, ripeto, è meglio lasciar approfondire dal medico e/o dietista) si scopre che la persona ha una distribuzione dei pasti nella giornata che è completamente sballata, perché di solito salta la colazione, si limita ad uno spuntino a pranzo (spesso vengono portati motivazioni, più o meno attendibili, di orari lavorativi con pause pranzo limitatissime) a cena mangia un eccesso di carboidrati assieme a dolci, avendo poi un probabile picco glicemico notturno che comporta una fame specifica di altri carboidrati e zuccheri.

Premesso che ne ho visti pochi, e più nel servizio di Psicologia Clinica che non al Centro per i dca (e mi ci riferivano di avere la Nes solo dopo un po' perché di solito venivano per altri problemi) la maggior parte di questi pazienti sono insoddisfatti e si sentono genericamente soli (anche se possono avere un partner, viverci assieme e magari anche aver famiglia) e quindi vanno aiutati a lavorare principalmente su questi vissuti.

Il trattamento dei dca e sue difficoltà specifiche: il terapeuta messo alla prova

Organizzerò il mio discorso sul trattamento dei dca ed alle sue specifiche difficoltà in quattro parti: comincio dalla fase iniziale di valutazione del paziente con dca; accennerò poi ad alcuni aspetti specifici nel trattamento dei dca restrittivi e delle forme bulimiche; a seguire la questione del rapporto con i genitori e le famiglie; l'ultima parte sarà dedicata ad alcuni possibili problemi di controtransfert del terapeuta.

La fase di valutazione iniziale

È chiaro che la fase di valutazione, come del resto poi il trattamento, ha caratteristiche diverse sia rispetto al tipo di disturbo - restrittivo anoressico piuttosto che bulimico – ma anche a seconda dell'età della paziente. Prendo in esame per prima la valutazione sia di una paziente anoressica, in particolare quella più piccola (sotto i 16 anni) che è la situazione più "delicata" ed a rischio.

Dobbiamo cercare di ricavare dei dati anamnestici molto importanti, a volte perfino fondamentali, sapendo però che ottenere queste informazioni non è facile: non solo da parte della paziente, ma anche dai famigliari quando lei è molto giovane. C'è spesso bisogno di tempo per raccogliere queste informazioni, quasi mai ottenibili nella prima visita o colloquio. È un vantaggio quando una parte di questa anamnesi viene fatta dal medico lasciando allo psicologo la non meno facile raccolta di dati anamnestici sugli aspetti delle tappe di sviluppo sia della paziente ma anche della famiglia, per quanto possibile. Un primo elemento cruciale è collocare nel tempo

l'insorgenza del comportamento alimentare restrittivo o bulimico. In altre parole: rispetto al momento del primo colloquio, da quanto tempo c'è il problema alimentare? Nei casi di anoressia: di quanti chili ed in quanto tempo è calata la ragazza? C'è una amenorrea primaria (mai avuto il ciclo) oppure secondaria (qualche ciclo mestruale c'è stato)? C'è una restrizione alimentare pura od anche episodi di abbuffate? Queste ultime sono oggettive o soggettive?

Quali gli eventuali metodi di compenso? Sono domande più sul piano fisico ed alimentare, ma sono indispensabili (a meno che la paziente ve la mandi un medico che ha già visto la paziente e vi dia lui tutti questi dati). Oltre alla restrizione, bisogna vedere quanto altro c'è del corteo sintomatologico anoressico (ascetismo, perfezionismo, iperattività, rituali ossessivi sul cibo, dispercezione corporea, iperinvestimento nello studio/sport, razionalismo, ipercontrollo, isolamento sociale). Apparentemente non è un'anamnesi difficile, ma di fatto ottenere risposte precise è spesso faticoso: non solo ascoltando la paziente, che il più delle volte minimizza il problema. Spesso anche chiedendo ai genitori si ottiene una descrizione che non è né chiara né completa.

Nei centri specialistici si usano dei questionari specifici (in particolare l'Edi – Eating Disorders Inventory) che però servono più che altro ad economizzare il tempo dei colloqui, perché anche nei questionari si può, più o meno consapevolmente, minimizzare o negare la realtà effettiva della situazione. L'uso di strumenti più approfonditi come i test proiettivi è, come del resto per tutti i pazienti, effettuabile solo quando c'è un minimo di alleanza terapeutica. Di fatto, se questa manca od è minima, semplicemente viene riferito poco o nulla di quelle immagini più significative che le macchie di Rorschach o le figure di Tat od Ort suscitano nel paziente. Oltre che riuscire ad ottenere informazioni complete ed attendibili, il problema è il clima di opposizione e di sfida che non tutte ma molte giovani pazienti anoressiche creano nella fase iniziale. In un articolo pubblicato nel 2020 sul n. 11 della Rivista del RT di Milano[15] ho descritto alcune modalità utili per cercare di agganciare la ragazza con dca portata a forza dai genitori e chiusa a ricci; non ne parlo qui ora per limiti di spazio, rimandando alla lettura di quell'articolo, consultabile dalla rete.

Dico solo che la costruzione di un'alleanza richiede comunque del tempo e comporta alcune messe alla prova del terapeuta da parte delle pazienti. Tornando a quanto si diceva prima sull'opportunità di un atteggiamento attivo / direttivo, con le pazienti anoressiche minorenni più a rischio, a volte è necessario fare un contratto terapeutico scritto (con lei ed i genitori) che preveda specifici impegni ed obiettivi da parte della ragazza e che contempli anche l'interruzione del trattamento in caso di inadempienza. Il medico e/o la dietista fissano un piano graduale e realistico di aumento del peso (di solito a seguito di una contrattazione con la paziente) in cui è fissato un peso minimo sotto il quale non si può andare e, talvolta anche uno massimo da non superare. La ragione del primo è ovvia e va ricordato che le linee guida internazionali sull'anoressia considerano un punteggio di 16 di Bmi come soglia – limite: sotto di essa bisognerebbe sospendere il trattamento

[15]Rizzi F: Incontrare *le persone con disturbi alimentari* – Quaderni del Ruolo Terapeutico, n.11 dicembre 2021

ambulatoriale e proporre il ricovero ospedaliero o quantomeno un trattamento a livello day hospital della paziente per non procedere con una pseudo-terapia che rischia di diventare solo un alibi per la paziente. Ma anche stabilire un peso limite massimo ha senso, perché contrasta il fantasma della paziente che crede che la si voglia ingozzare a tutto spiano trasformandola in una obesa. Come si può intuire, è raro che si debba porre limiti all'aumento di peso: con la paziente la discussione è quasi sempre sul limite minimo e sui mancati raggiungimenti degli obbiettivi di graduale aumento.

Lo psicoterapeuta non entra direttamente nella stesura del versante strettamente alimentare del contratto, ma deve sostenerlo con lealtà e coerenza sul piano generale, a partire dalla costanza di frequenza delle sedute psicoterapeutiche e delle visite mediche. Alcune pazienti cercano di tirare dalla loro parte il terapeuta ed alcune di loro sono molto abili a manipolarlo perché faccia loro da alleato per mitigare o modificare tale impegno sottoscritto. Il terapeuta ascolta le lamentele e le recriminazioni, cerca di elaborare le inevitabili paure della paziente presenti anche quando aumenta di pochi etti, ma non si deve far manipolare, ancor più se la paziente anche con i curanti fa dei movimenti di divisione simili a quelli che mette in atto anche in famiglia, verso la coppia genitoriale. Può capitare quel fenomeno chiamato "shifting": la ragazza, ad un certo punto, parla di questioni affettivo-relazionali con la dietista o il medico nutrizionista e di questioni alimentari-dietetiche con lo psicologo. Un confronto tra i professionisti è necessario e quasi sempre risolutivo rispetto a questa manovra di scissione. Non di rado la giovane paziente sperimenta per la prima volta una stabile coerenza di comportamenti – vissuta poco o per nulla in famiglia – proprio con i curanti tra loro alleati ed affiatati; all'inizio si arrabbia e si lamenta di questo, ma gli effetti terapeutici si vedono e si raccolgono poi, nelle successive fasi della terapia.

Con la paziente bulimica, soprattutto quella un po' più grande, ci sono difficoltà diverse. Raramente c'è la sfida dell'anoressica "dura e pura"; al suo posto si trova semmai una grande vergogna, instabilità dell'umore, momenti alternati di avvicinamento e fuga rispetto al terapeuta e alle persone più significative. Anche qui non è facile ottenere informazioni anamnestiche chiare e precise, in questo caso però più per imbarazzo che per opposizione. Come detto prima, oltre al tempo di insorgenza ed alla situazione specifica del peso, bisogna cercare in particolare di capire quanto spesso il vomito viene provocato e se ci sono danni gastrici: compiti che vanno affidati al medico, la cui collaborazione dovrebbe far parte del contratto terapeutico anche se la paziente è normopeso e non rischia la vita come l'anoressica grave.

In generale, la paziente bulimica è più in relazione dell'anoressica (che tende più all'autarchia) ma stabilisce anche un transfert decisamente più ambivalente ed oscillante tra il vicino ed il lontano, tra idealizzazioni massicce e delusioni altrettanto totali. Alterna spesso stati di umore opposti e conseguenti modalità di relazione che virano bruscamente tra i poli vicino/lontano. Spesso prova un senso di schifo verso sé stessa e dà per scontato di provocare la stessa sensazione nel terapeuta, non solo se descrive in dettaglio cosa ingurgita quando abbuffa, ma anche se racconta con

sincerità quanto vomita. In qualche caso la paziente fin da subito fa un test al terapeuta per vedere se sopporta ed accetta questa sua immagine deteriorata e schifosa. Ricordo una paziente bulimica che, a metà del primo colloquio, mi descrisse in modo particolareggiato come ogni volta rimanesse a guardare il suo vomito riuscendo a riconoscere tutti gli alimenti ingurgitati, differenziandoli per colore, consistenza ed odore.

Era il mio primo appuntamento dopo pranzo e vi assicuro che fu molto difficile non interromperla e resistere alla nausea. Poi capii che, più che esagerare, stava mettendomi alla prova per provocare un mio rifiuto / abbandono immediato: cosa che le verbalizzai esplicitamente. Sul momento negò questa interpretazione, ma cambiò immediatamente registro. Mesi dopo, durante una fase della terapia in cui stavamo lavorando sui suoi meccanismi volti a farsi rifiutare dagli altri, mi confessò che aveva esagerato quella descrizione fatta in primo colloquio ma all'epoca non si era resa conto che era proprio un test per vedere se anch'io l'avrei vomitata mandandola via.

In fase di valutazione, con le pazienti bulimiche si possono utilizzare meglio, rispetto alle anoressiche, i test proiettivi. Se con l'anoressica il terapeuta si sente con qualcuno che non ti fa mai davvero entrare a casa sua, che per un bel po' ti tiene sul pianerottolo delle scale od in anticamera e semmai ti farà vedere solo qualcosa del suo mondo interno, con la bulimica invece ci si sente con qualcuno che ti fa subito entrare e ti fa vedere tutto, anche le zone più disordinate e poco presentabili; ma un attimo dopo ti può buttare fuori senza che si capisca bene la ragione, oppure perché ti considera invadente anche se è stata lei stessa a portarti in ogni angolo della casa. Il proiettivo tematico (il TAT od ORT, una sua evoluzione) l'ho spesso usato, con utilità, con pazienti bulimiche. Con una modalità metodologicamente poco ortodossa, non l'ho somministrato tutto intero in una sola volta, ma presentando solo due o tre figure e lavorando immediatamente in seduta con la paziente, chiedendole di fare lei stessa delle ipotesi su quello che la figura le aveva fatto venire in mente. Come si può intuire, questa modalità è utilizzabile con pazienti bulimiche non troppo gravi e con i Bed, soprattutto dotati di una certa capacità e voglia di lavorare introspettivamente.

L'ORT è un test che elicita in specifico i vissuti depressivi, quindi uno degli aspetti principali sottostanti alla sofferenza bulimica. In particolare, la depressione da abbandono (perdita dell'oggetto e/o perdita dell'amore dell'oggetto) è ciò che la bulimica vive di più e quindi fin dall'inizio, anche nella valutazione iniziale, il terapeuta deve ipotizzare e tener conto di questa angoscia come motore di certi movimenti del paziente (compreso quello del caso appena descritto). Non si tratta però del fatto che il terapeuta deve accettare la paziente in modo totale ed oblativo, ponendosi come una madre buona accogliente che assorbe tutto ciò che viene dalla paziente, vomito compreso. Sarebbe colludere con il fantasma divorante della bulimia, a cui prima o poi segue quello espulsivo. Di fatto la bulimia è un'oscillante, ambivalente e coatta altalena tra l'incorporare e poi l'espellere, tra il vissuto di essere abbandonati e respinti ed il bisogno di essere attivi e, a propria volta, abbandonare ed allontanare da sé l'oggetto per cancellare la penosa sensazione di aver bisogno dell'altro, di essere debole per questo, tornando così - almeno per un po' – nella sensazione di esser attivi e non passivi, padroneggiando le distanze / vicinanze. Più che essere accoglienti a 360

gradi, si tratta di esplicitare in qualche modo che il terapeuta si aspetta e trova comprensibile l'ambivalenza tra il desiderio e contemporaneamente la paura di ricevere aiuto e vicinanza emotiva. Il tema è: desidero enormemente sentirmi accolta e stimata; ma se poi questo succede, quanto durerà? Il terapeuta non mi abbandonerà come hanno fatto tutti prima di lui? Sarò all'altezza di non deluderlo? Se scoprirà quante cose brutte ci sono dentro di me, mi vorrà ancora? Esplicitare subito in qualche modo il fantasma abbandonico è, quasi sempre, il modo per agganciare la paziente bulimica ma anche con Bed, oltre che con molti pazienti che non presentano alcun dca ma aspetti depressivi connessi alla perdita dell'oggetto o dell'amore dell'oggetto di attaccamento.

Alcune specificità nel trattamento delle forme anoressiche e di quelle bulimiche

In via generale posso dire che il trattamento dei pazienti con dca è piuttosto impegnativo, ma personalmente non ho trovato nettamente più faticosa una categoria piuttosto dell'altra, le anoressiche rispetto alle bulimiche o viceversa. Direi semmai che si possono sperimentare delle fatiche qualitativamente un po' differenti. In generale, con la paziente anoressica bisogna armarsi di molta pazienza ed aspettare che la sua rigida corazza difensiva cominci ad aprirsi per lasciar entrare qualche pezzettino del "nutrimento psichico" che il terapeuta prova a proporle.

Con la bulimica invece si tratta di non farsi disorientare dalle montagne russe emotive e comportamentali su cui tende a farci imbarcare assieme a lei. La paziente bulimica spesso parla molto ma non dice tanto, mentre con la anoressica succede l'inverso, anche se nella fase iniziale che io chiamo "l'anticamera" quello che dice è prevalentemente questo: *non ho bisogno di niente, men che meno di aiuto da te*. A proposito di quella che chiamo la "corazza caratteriale difensiva" dell'anoressica, si può considerare che – di solito – uno degli aspetti della prima fase del trattamento consiste nel ripetuto tentativo del terapeuta di far sentire come tale corazza la protegga ma anche la ingombri e la appesantisca. Se ci immaginiamo un cavaliere medioevale tutto bardato, la metafora sembra chiarissima e facilmente intuitiva; in realtà per la paziente anoressica non lo è per nulla. È meglio partire da esempi della quotidianità che lei stessa racconta, come per esempio la solitudine e la lontananza dalle coetanee (eccezion fatta per qualche collega di anoressia, con cui si allea). All'inizio la paziente dice *meglio pochi amici o nessun amico piuttosto che frequentare degli stronzi";* però dopo un po' qualche ammissione sul sentirsi sola vien fuori. Lì si tratta di farle capire che il desiderio di controllare tutto è un boomerang soprattutto sul piano relazionale – sociale. Se prima di accettare l'invito ad andare a divertirsi - non solo ad una festa a casa di coetanei ma anche solo al bar per un aperitivo di gruppo - la ragazza chiede insistentemente se ci sarà da mangiare, quale e quanto cibo e se rifiuterà sdegnosamente qualsiasi offerta, non dico di alcoolici, ma anche solo di uno snack, è facile che le si faccia intorno il vuoto. Ma far capire e soprattutto sentire questo è, vi assicuro, un lavoro difficile che richiede molto tempo. Uno degli insight che porta l'anoressica verso la guarigione potremmo chiamarlo "il paradosso dell'illusione del controllo" e riassumerlo così: *quello che io ho sempre voluto*

è il controllo di tutto e su tutto; ora capisco che in realtà questo controllo totale è irreale ed esiste solo il desiderio impossibile di avercelo; la sensazione di controllo la raggiungi quando smetti di cercare di avere il controllo ed accetti di non avercelo. Sembra una riflessione semplice, un po' zen, ma – ripeto – è una acquisizione difficile e faticosissima, spesso molto più emotiva che cognitiva.

Direi che una variabile molto importante, più del sintomo restrittivo piuttosto che bulimico, è l'età. L'adolescente con dca è per certi versi più impegnativa di quella più grande ma nello stesso tempo può anche migliorare più rapidamente e darci importanti soddisfazioni. Senza dimenticarci dell'intrapsichico, con la paziente più piccola dobbiamo fare molta attenzione al versante relazionale, soprattutto familiare ma anche quello dei coetanei. Su quello familiare dirò tra poco. Quanto al rapporto con i pari, è decisamente importante ed anche qui sia in male che in bene. Quando dico "in male" mi riferisco soprattutto all'inquietante mondo delle anoressiche nel web, i blog e siti "pro ana" dove ci si incoraggia tra anoressiche, alleate contro tutti. Nel mondo mentale anoressico che richiama il concetto kleiniano di "posizione schizoparanoide", la divisione è tra "noi anoressiche" e "tutti gli altri". Il terapeuta deve evitare di colludere con queste bipolarità e non demonizzare i siti "pro ana" (tanto ci pensano già genitori, insegnanti ed alcuni medici) provando ad ascoltare certe posizioni e contro argomentarle con pacatezza senza però illudersi di convincere in poco tempo la paziente. In un colloquio con una giovane anoressica grande frequentatrice dei siti pro-ana che mi raccontava della lite furibonda con il padre il quale le aveva sequestrato il pc per impedirle di chattare nei siti pro ana, nel momento in cui mi chiese che ne pensavo dei "10 comandamenti dell'anoressica" pubblicizzati da questi siti [16], le risposi con la frase di un personaggio famoso (non ricordo chi sia) che più o meno dice così: *"non sono d'accordo in nulla e per nulla su quello che dici, ma mi batterò sempre perché ci sia anche per te la libertà di esprimere il tuo pensiero".* Molto tempo dopo mi disse che queste parole le permisero di cominciare a fidarsi di più di me. Devo tuttavia precisare che, subito dopo questa frase, io aggiunsi che però potevo capire la condizione emotiva di suo padre e se lei fosse stata mia figlia, non ero sicuro che non avrei fatto lo stesso o qualcosa di analogo. Credo che fu proprio questa precisazione a rendermi più credibile gli occhi della paziente; se mi fossi limitato solo alla citazione, probabilmente questa le sarebbe apparsa come una bugia o quantomeno una ruffiana *captatio benevolentiae.* La sincerità emotiva e l'onestà intellettuale del terapeuta, con qualsiasi paziente ma con quello diffidente ancor di più, rappresenta un fattore terapeutico. Nel gruppo

---

[16] Una delle cose su cui più frequentemente ci si imbatte navigando tra i siti e blog "pro ana" sono i '**Dieci comandamenti**', dieci principi da seguire per diventare anoressici: 1) Se non sei magra non sei attraente. 2)Essere magri è più importante che essere sani. 3) Compra vestiti, taglia i capelli, muori di fame, prendi lassativi, fai di tutto per essere più magra. 4) Non puoi mangiare senza sentirti colpevole. 5)Non puoi mangiare cibo ingrassante senza poi punirti. 6) Devi contare le calorie e ridurne di conseguenza l'assunzione. 7)Quello che dice la bilancia è la cosa più importante. 8)Perdere peso è un bene, guadagnare peso è male. 9) Non sarai mai troppo magra. 10)Essere magri e non mangiare sono simboli di vera forza di volontà e autocontrollo.

dei coetanei si verificano sicuramente anche esperienze relazionali positive e costruttive, ma quelle che possiamo osservare direttamente e non per riferito, sono quelle che avvengono in specifici gruppi terapeutici.

Alcuni servizi specialistici e cliniche / comunità forniscono, oltre ad una psicoterapia individuale e colloqui famigliari, anche vari tipi di gruppi: alcuni a carattere più espressivo / creativo, altri più strettamente psicoterapeutici. Sia nel testo della Riva che in quello di Jeammet sono descritti vari tipi di gruppi terapeutici.

Anche con la paziente bulimica si pone il problema del limite ma con lei ha poco senso fare un contratto su peso minimo e massimo analogo a quello con l'anoressica: sia perché non ha problemi di sottopeso, sia perché con lei ciò che andrebbe monitorata è la frequenza del vomito ed i danni fisici conseguenti: cosa molto difficile, a volte pressoché impossibile. Bisognerebbe assumere una guardia del corpo od una spia, dato che la vera bulimica, dopo aver vomitato di nascosto in bagno, è abilissima nel cancellare tutte le possibili tracce del suo svuotamento. Le bulimiche più a rischio infatti sono quelle che vivono da sole perché non sono controllate da conviventi o familiari e non sono impossibilitate da situazioni di forza maggiore. Una delle mie pazienti più gravi ebbe una pausa completa da abbuffate e vomito per 6 mesi: ma perché in quel semestre era a Kabul come volontaria in un asilo di profughi, scortata giorno e notte da guardie armate, nel pieno di una fase di attentati dei Talebani. Quando mi disse che voleva andare in quell'inferno, le chiesi preoccupato il perché e mi disse: lì sicuramente non potrò abbuffare e provocarmi il vomito. E di fatto così fu.

Solo chi vive con una bulimica e che la controlli soprattutto dopo il pasto può avere una idea, perlomeno approssimativa, di quanto si sta rovinando la salute. Spesso la paziente non dice di aver visto sangue in ciò che vomita, né che è svenuta (cosa che succede per lo squilibrio elettrolitico). Il più delle volte ammette il problema solo dopo ripetuti e forti dolori allo stomaco ed una diagnosi a seguito di gastroscopia. Nella bulimia il medico controlla la condizione di esofago e stomaco, gli elettroliti ematici, la dentatura e le ghiandole salivari. La resistenza allo stress del corpo è variabile e non sempre prevedibile: a parità di numero di abbuffate e pratiche di vomito, a volte il corpo resiste meglio di quanto non si poteva prevedere; ma ci sono anche casi opposti, con ulcere esofagee ed inizio di problemi cardiaci a soli diciassette anni. Se dal punto di vista medico è più facile monitorare i danni fisici nell'anoressica più che nella bulimica, in compenso quest'ultima tende ad aprirsi di più e stabilire un transfert intenso, fortemente ambivalente, intriso dalla paura dell'abbandono e relative contromanovre, ma in cui il terapeuta trova comunque molto spazio di lavoro.

Con i pazienti con seri disturbi di autostima, e quindi con alcune pazienti bulimiche che ne rappresentano uno specifico campione, ho scoperto l'utilità di lavorare su un particolare aspetto relativo alla percezione negativa che hanno di sé, che riguarda la impossibilità di provare sentimenti di tenerezza verso sé stessi. Ad un certo punto faccio loro questa semplice domanda: *le è mai capitato, nella sua vita, di provare tenerezza per sè stessa?* Il più delle volte la paziente mostra un'espressione stupita, spesso seguita da una domanda di chiarimento su cosa io intenda con "tenerezza". Spiego che non la intendo affatto come "pena" (parola che di solito ha una connotazione negativa e che può essere confusa con la vergogna) ma che mi riferisco a

qualcosa di simile al termine "compassione", o meglio ancora "empatia". A quel punto, l'espressione della paziente di solito è di stupore, in quanto questa domanda evoca un qualcosa d'impossibile, impensabile. Il più delle volte la risposta è questa contro-domanda: *ma perché mai dovrei provare tenerezza per me?* il che ci fa capire l'entità della lesione narcisistica. È una domanda che in realtà può aprire degli spiragli e sopratutto se il terapeuta la fa avendo sperimentato nel controtransfert questa tenerezza per la paziente. Solo a quel punto, allora, può verbalizzare che il terapeuta la sta sentendo al posto della paziente che non può assolutamente permettersi di provarla. Cercando in rete, tempo fa ho scoperto un articolo di tre psicologi ricercatori cognitivisti canadesi (*Kelly, Vimalakhantan e Carter* sulla rivista *Eating Behaviour n.15, 2014, 388-391*) che citano proprio questo aspetto:

Il migliore predittore per lo sviluppo di disturbi alimentari consiste in un basso livello di compassione verso di sé. Pazienti con problematiche alimentari che riuscivano a sviluppare la capacità di essere compassionevoli verso di sé durante il trattamento, mostravano una risposta migliore alle cure, nel corso di 12 settimane.

Questi dati suggeriscono che la possibilità di accettare sé stessi gioca un ruolo importante nella gestione dell'immagine corporea e nella gestione dell'alimentazione in relazione alle problematiche narcisistiche legate al piacersi fisicamente, e al "sentirsi abbastanza".

Sappiamo bene che in psicoterapia non esistono iniezioni di autostima, ed il nostro controtransfert non funziona come un vaccino che va inoculato nella paziente così da renderla immune dal dolore depressivo; tuttavia, il percepirlo in noi e mostrarlo alla paziente è il punto di partenza per lavorare sul quando, come e perché questo è avvenuto, su cosa sia successo per convincerla ad essere indegna di tenerezza ed altre percezioni positive di sé. Anche nei casi con minore compromissione del narcisismo normale, come si osserva in alcune bulimie e soprattutto nei Bed, la persona – come uso dire a volte anche ai pazienti - vive di luce riflessa: lei non vale se non quando qualcuno le dice (con le azioni oltre e più che verbalmente) che lei ha un valore. Si tratta di un valore che però vive solo come premio, collegato a quello che fa o che deve essere per compiacere l'altro. Un amore condizionato e, quindi, vissuto come qualcosa di perennemente precario, che puoi perdere ripetutamente e senza possibilità di prevedere questa perdita.

Lavorare con i genitori e le famiglie

Come ho già detto, cercare di vedere e capire qualcosa dei genitori e della famiglia della paziente con dca, è decisamente importante e spesso fondamentale: non solo quando la paziente è minorenne (per obblighi legali, quindi) ma anche quando vive in casa od è comunque legata affettivamente ai familiari, anche se in modo ambivalente e conflittuale. So per esperienza che questo tema solleva qualche ansia. Spesso, da parte degli allievi o degli specializzandi tirocinanti di formazione psicoanalitica mi sono sentito dire: *già non è facile capire cosa succede in un colloquio con il paziente da solo; se poi me lo trovo di fronte con i genitori o perfino tutta la famiglia, mi sale l'ansia e capisco ancor meno."* Di solito rispondo al/alla collega dicendo che

sta sopravvalutando l'obbiettivo. Non è una questione di fare terapia della famiglia. Si tratta di fare dei colloqui famigliari per capire meglio il versante relazionale, nel contesto quotidiano vissuto dalla paziente; una osservazione che potremmo definire "ecologica". Con l'espressione "colloqui famigliari" intendo incontri, per lo più in fase iniziale, a configurazione diversa decisa caso per caso: genitori con la figlia; la sola coppia genitoriale; colloquio individuale con la sola madre od il solo padre; colloqui con la paziente ed uno o più fratelli o sorelle.

La fase iniziale è quella più indicata per conoscere i genitori. La richiesta è motivabile in termini di raccolta anamnestica di notizie anche molto antiche che la paziente non può ricordare perché troppo piccola all'epoca. Lo scopo ovviamente non è soltanto questo e che esistano altre ragioni viene spesso intuito sia dalla paziente che dai famigliari. È quindi opportuno aggiungere che conoscere la famiglia è utile al terapeuta perché essa rappresenta una risorsa, come conoscenze ed energie da mettere in campo per affrontare assieme il disturbo alimentare. Si può anche aggiungere che il terapeuta immagina che tutti soffrano, ognuno a suo modo, non soltanto la paziente. C'è da aspettarsi che questa dichiarazione, peraltro quasi sempre vera, possa dar adito non solo ad assenso unanime, ma anche a negazioni, recriminazioni e puntualizzazioni su chi provoca problemi e chi li subisce.

Un frequente fantasma che si materializza nel colloquio famigliare è quello del "*ora il dottore / la dottoressa ci esamina e ci dirà se siamo una pessima famiglia o meno"* assieme alla variante "*ora ci verrà detto di chi è la colpa dell'anoressia"* (timore del giudizio). Questa paura il terapeuta può provare a verbalizzarla in modo anche esplicito, fin da subito o quasi. Però è meglio porlo in modo dubitativo, come domanda: se la famiglia è molto spaventata da questi fantasmi può barricarsi in rigide difese che vanno da una più o meno sottile squalifica della stessa indagine psicologica oppure alla ricerca del capro espiatorio esterno, dove al primo posto di solito c'è la compagna di scuola anoressica (o presunta tale) che ha contagiato e plagiato la figlia vittima. Se c'è un clima di forte conflitto tra ragazza e genitori, è necessario prevedere problemi e tentare di disinnescarli, nei limiti del possibile. In questo senso si può decidere, caso per caso, se sia più opportuno strutturare un setting unico (colloquio con genitori e figlia assieme) oppure separato; lo stesso vale per la coppia dei genitori, se è in forte conflittualità anche senza separazione legale (come i coniugi che vivono separati in casa per necessità economiche). Quanto più la tensione e la conflittualità in famiglia è forte, tanto meglio sarebbe potersi far affiancare – per questi colloqui – da un collega con cui c'è affiatamento. So bene che la cosa è difficile per vari motivi, ma per esperienza posso dirvi che la conduzione di un colloquio famigliare fatta in coppia con una collega con cui c'è affiatamento, riduce la fatica ancor più della matematica metà ed arricchisce la comprensione del caso anche più del doppio.

Il collega con cui vedere assieme i famigliari può essere anche quello che, più avanti, seguirà i genitori (od uno dei due) in un setting separato dai colloqui individuali della paziente, con eventuali momenti di riunione collettiva di tutti, per fare il punto della situazione.

Spesso si verificano situazioni in cui il problema non è affatto quello di convocare e conoscere uno od entrambi i genitori bensì, al contrario, di arginare l'invadenza della madre (più che del padre) e, viceversa, cercare di

rintracciare il padre (più che la madre).

Di solito chi telefona e prende contatto con il terapeuta è la madre, a cui spesso bisogna dar dei limiti; ma spesso il padre, che sta dietro le quinte se non è proprio sparito dai tracciati radar, è di fatto quello che nell'ombra può boicottare ancora più il lavoro terapeutico. Quando prima ho accennato alla necessità di "arginare" certi genitori avevo in mente la classica situazione che ogni collega che veda adolescenti conosce perfettamente: la mamma (talvolta il papà) che ti dice una cosa sulla figlia ma poi aggiunge che non devi dire che te lo ha detto. Della serie "qui lo dico e qui lo nego" e soprattutto "qui ti lego le mani". Bisogna prevenire queste situazioni spiacevoli e pericolose per una possibile terapia, anche se non sempre ci si riesce. A costo di metter le mani avanti, il terapeuta deve fin da subito essere chiaro sul fatto che non può condividere segreti che siano tenuti nascosti alla sua paziente. E che la trasparenza è una condizione essenziale per fare correttamente una psicoterapia, dove però per trasparenza non s'intende dire al paziente adolescente tutto quanto hanno detto i genitori ma semplicemente non vincolarsi in segreti nascosti. Operativamente, ciò significa fare molta attenzione prima di proporre colloqui senza la presenza della figlia perché, oltre alle telefonate, sono le occasioni per dire i segreti con cui tentare di vincolare il terapeuta. Come ho già detto, questo vale anche per la paziente, soprattutto se minore.

Se nei colloqui famigliari emerge estrema sofferenza da parte di uno ed entrambi, è opportuno pensare la già citata possibilità di inviare i genitori da un collega per colloqui di sostegno, ma che poi possono anche evolvere in qualcosa di più approfondito. Non di rado questa opportunità è pensabile anche per un fratello o sorella della paziente, che possono avere una loro significativa sofferenza. Se poi in queste osservazioni famigliari ciò che si nota sono delle relazioni francamente patologiche, l'indicazione ideale sarebbe un invio ad una specifica terapia familiare da colleghi specializzati ad hoc. Per mia esperienza è una cosa difficile: non solo e non tanto per l'aspetto economico quanto per il fatto che più la famiglia ha modelli di relazione e comunicazione patologici, tanto meno ne ha consapevolezza.

Alcuni possibili problemi di controtransfert

Da quanto ho detto finora appare chiaro che non è facile trattare i pazienti con disturbi alimentari e soprattutto i casi a rischio, dov'è in pericolo la salute fisica. Ma quello dei danni al corpo, già in atto o potenziali, non è l'unico aspetto. Certamente è importante, ma è un ambito che spetta al medico presidiare. Quello con cui si confronta lo psicoterapeuta è forse meno evidente e misurabile (com'è misurabile un Bmi, la pressione, i valori ematici), ma proprio per questo non meno difficile e, talvolta, anche ansiogeno.

Ci sono vari aspetti che mettono alla prova il terapeuta. La prima a cui penso è l'autodistruttività insita nei dca. Quando questa è evidente ad occhio nudo, come avviene nell'anoressia conclamata, è paradossalmente anche meno difficile da accettare rispetto a quand'è più nascosta, più mascherata, distribuita in più comportamenti. Questo avviene più con le pazienti bulimiche, meno "spettacolari" rispetto alle anoressiche ridotte quasi a scheletri. Con queste ultime il fantasma della morte per cachessia - l'estremo

deperimento da iponutrizione - è spesso una compagna stabile. Del resto di dca si muore davvero (l'APA sostiene che negli Usa l'AN sia la prima causa di morte per le adolescenti femmine tra i 13 ed i 18 anni; in Italia muoiono ogni anno tra le 3000 e le 4000 persone per dca, in prevalenza AN). Anche se negata o proprio perché negata dalla paziente stessa, imprigionatasi in una onnipotenza totale, il fantasma della possibile morte si fa sentire nei suoi famigliari (genitori, nonni e parenti), nei compagni ed anche nei curanti. Noi psicoterapeuti, a differenza dei medici, abbiamo familiarità più con il dolore del lutto che con il dolore fisico e la morte del corpo. Ma in certi pazienti (non solo con dca) dobbiamo emotivamente gestire quella che chiamo "l'autodistruttività diluita" nel quotidiano. Non mi riferisco ai tagli che si fanno certe pazienti bulimiche, che non sono spettacolari visto che molte di loro si feriscono di nascosto ed anche in estate indossano magliette a maniche lunghe per nascondere le cicatrici. Esistono modi meno evidenti ma non meno pesanti di farsi del male: mantenere rapporti di coppia malsani ed al limite del masochismo; provocare l'abbandono ed il rifiuto degli altri in vari modi, buttarsi via in relazioni sessuali estemporanee sotto effetto dell'alcool rischiando anche malattie veneree o l'Aids. E tanti altri modi che gli psicoterapeuti possono incontrare nella loro esperienza clinica. Ma anche senza scomodare agiti pericolosi, spesso il terapeuta si trova ad avere a che fare con qualcosa che sta nel profondo del mondo interno del paziente con lo scopo di prenderlo di mira: si tratta di quel "sabotatore interno" nominato da Fairbairn quasi 70 anni fa[17]. Un oggetto ostile introiettato che svaluta continuamente il Sé del paziente, lo squalifica e lo attacca in vari modi. Il terapeuta deve sapere che la lotta contro questa parte maligna interiorizzata è lunga, faticosa e spesso lo fa sentire inutile. Si tratta di resistere e non mollare.

Un secondo aspetto, più frustrante che ansiogeno ma comunque anch'esso faticoso, è la già citata scarsa mentalizzazione dei pazienti dca. Anche qui, osserviamo manifestazioni un po' differenti nelle pazienti anoressiche rispetto alle bulimiche. La prima solitamente ti tiene fuori così come respinge il cibo, non tanto nel senso di non spiccicare parola (a volte succede anche questo) quanto nel respingere qualsiasi discorso emotivo, relazionale ed immaginativo proposto dal terapeuta. A volte mostra in parte quel "pensiero concreto-operatorio" che alcuni psicoanalisti francesi hanno descritto nelle personalità psicosomatiche [18], e in parte quello rimuginatorio delle personalità ossessive. Soprattutto all'inizio tende a parlare quasi solo di calorie, diete, peso con una ripetitività che provoca prima noia, poi irritazione ed infine fantasie di dimissioni e chiusura unilaterale della terapia. Con la bulimica, in linea di massima, puoi sentirti divorato, masticato e poi sputato, per essere poi ripreso nel successivo giro di giostra; non ha un lessico piatto ed emotivamente amorfo, semmai al contrario è ridondante, prolissa e, se non è in un momento di down depressivo, racconta una mole di cose in cui però il terapeuta fa fatica ad introdurre un po' di riflessione e di elaborazione.

Autodistruttività diluita e scarsa mentalizzazione sono elementi che incontriamo nei casi più difficili, che ho citato non per scoraggiare i colleghi

---

[17]citato in: Gazzillo F. *I sabotatori interni* Raffaello Cortina (2012)

[18]Marty P. De M'uzan L. David C. *L'indagine psicosomatica* Boringhieri (1971)

a seguire queste pazienti, ma perché si riscontrano anche nei casi meno gravi però in forma decisamente più attenuata e quindi più trattabile. Prendiamo le persone con Bed, che sono casi abbastanza frequenti anche negli studi dei colleghi liberi professionisti. Sono decisamente meno difficili e meno autolesionistiche delle bulimiche, ed anche sul piano dell'umore depressivo non stanno così male. Ma sono comunque persone insoddisfatte e frustrate, ed il cibo è la loro delizia e la loro croce nello stesso tempo. Di solito si abbuffano non di quello che capita a tiro, ma di cose che a loro piacciono anche se non sono sane. Il trattamento di questi casi, secondo me, non richiede come indispensabile una specifica specializzazione del terapeuta perché non è diverso dal lavoro che si fa con qualsiasi altro paziente: si va gradualmente alla ricerca dei motivi che stanno alla base dell'insoddisfazione, dell'ansia, dei vissuti depressivi, dei sintomi. In particolare, si cerca di capire, assieme al paziente, che cosa il cibo sostituisca. L'abbuffarsi di dolci è esemplificativo di questo: è banale dire che i dolci compensano l'amarezza di certi momenti; seppur così semplice da apparire ovvio, è assolutamente vero. La questione è andare a vedere caso per caso cosa questo significa.

Anche nelle situazioni meno gravi di disturbo alimentare, il terapeuta viene inevitabilmente confrontato con il suo stesso rapporto con il cibo, con il corpo, con eventuali difficoltà di alimentazione che ha avuto nella sua vita e, se vede pazienti adolescenti (con dca od anche senza dca), con il rapporto con i genitori. Come peraltro avviene con pazienti di qualsiasi tipo, alla fine di certe sedute il terapeuta può sentirsi particolarmente stanco e svuotato di energie. Con certe pazienti anoressiche può capitare di provare una sensazione piuttosto specifica: un desiderio di mangiare particolarmente intenso e non spiegabile in termini di effettiva realtà fisiologica. A volte sembra quasi una voglia di abbuffarsi, una sorta di formazione reattiva oppure di identificazione proiettiva con il bisogno negato dalla paziente di mangiare avidamente tutto. A me è successo più volte e, confrontandomi con colleghe con cui ho confidenza, ho scoperto che non era capitato solo a me. Altre volte, ma a distanza di tempo dalle sedute, di solito a casa al momento dei pasti, possono venire delle piccole manie – prima mai esistite – sulle quantità caloriche presenti nei cibi, anche se il terapeuta non è affatto in sovrappeso. Ci possono essere movimenti di identificazione, parziali e transitori, con la mente anoressica o bulimica.

Un aspetto particolare di coinvolgimento del terapeuta è il vivere certe sedute o alcuni momenti dei colloqui con in pazienti con dca come se il terapeuta fosse cibo e che incontra / si confronta con un apparato digestivo. Mi rendo conto che l'immagine, metaforica, può apparire molto strana e troppo psicoanalitica. Però vi assicuro che, sia per esperienza personale che nel lavoro di supervisione con colleghi, è qualcosa di cui ho avuto ripetuti riscontri. In altre parole, il terapeuta in seduta può vivere delle sensazioni "come se" il paziente lo volesse divorare oppure vomitare. Con alcune pazienti bulimiche più frequentemente c'è, sul piano della relazione con il terapeuta, insieme prima l'uno e poi l'altra sensazione, che è poi la stessa sequenza che avviene con il cibo: avidamente ti ingoio e ti metto dentro di me, ma poco dopo altrettanto intensamente di butto fuori, ti espello. La paziente

anoressica invece, soprattutto all'inizio, ti studia e ti annusa ma si guarda bene da aprire la bocca e far entrate anche solo un pezzettino, un minimo boccone del terapeuta, di ciò che lui le propone. Ma dopo un po', la sensazione può di colpo trasformarsi nella fantasia che, se si aprisse, lei ti divorerebbe catturandoti in una relazione totalizzante (quella che Jeammet, parlando della relazione madre/figlia, chiama "captazione"). Un po' come dire: tutto o niente, o ti tengo fuori o ti metto dentro, ma a quel punto sei mio, incorporato dentro di me.

Il genere del terapeuta, se sia femmina o maschio, è importante con molti pazienti ma direi che lo è di più con i dca. L'essere una terapeuta donna da delle possibilità in più per alcuni aspetti, ma determina anche difficoltà e messe alla prova specifiche. Sui vantaggi è presto detto. Io sono un maschio ed anche piuttosto anziano; aver avuto in alcuni casi la collaborazione e la co-presenza di giovani colleghe tirocinanti mi ha fatto sperimentare come spesso le pazienti adolescenti si aprivano molto più facilmente con loro che non con me, soprattutto sui temi della sessualità e, maggior ragione, sul rivelare episodi traumatici di molestie sessuali. C'è però anche l'altro lato della medaglia, per cui una terapeuta donna incontra con la paziente con dca (anche non adolescente) delle difficoltà genere-specifiche, che un terapeuta maschio non incontra per nulla. La collega deve mettere in conto il fatto che la paziente la scruterà minuziosamente sul suo aspetto fisico, sul suo corpo, sul come veste, se si trucca e come, e – molto più ingenerale e molto più su un piano inconscio basato su sensazioni e fantasie – su come la psicoterapeuta si vive in quanto femmina e donna. Nel transfert ambivalente, con desiderio e paura insieme, tenderà a vederla e confonderla con la figura della propria madre. Anche se la terapeuta, anagraficamente, potrebbe essere al massimo una sorella maggiore e non certo una madre.

La terapeuta di una paziente con dca non deve assolutamente preoccuparsi di essere abbastanza magra o, viceversa, più in carne. Non si tratta di accontentare i gusti della paziente perché ai suoi occhi noi non siamo più credibili per questo, per il nostro aspetto fisico. Non ha senso cercare di soddisfare i suoi gusti, anche perché soprattutto nella fase iniziale, è portata a diffidare comunque : se la terapeuta è normopeso o in leggero sovrappeso, la fantasia è di solito quella che la psicologa vuole convertirmi e corrompermi alle sue abitudini insane, perché in fondo mi invidia (io sono più forte e più potente di lei nel controllare la mia fame); e se comunque la terapeuta è magra od anche molto magra, a scattare è la competizione (io sono comunque più magra di lei) oppure il pensiero "ma senti da che pulpito viene la predica". È importante, anche se non facile (quasi mai possibile nelle fasi iniziali) che la terapeuta provi a parlare di questi aspetti perché, come dicevo prima, la cosa importante è come la psicologa vive il suo essere femmina e donna collegando questo con l'esperienza avuta dalla paziente con la propria madre ed anche con la nonna materna (la linea trigenerazionale). Il fattore terapeutico è che la paziente possa sperimentare una relazione diversa da quella avuta con la propria madre, in cui – più che capire razionalmente – sperimenta emotivamente una donna a cui piace essere donna e che le trasmette questa possibilità che appare liberatoria e non oppressiva.

Un altro tipo di coinvolgimento controtransferale, e quindi un confronto con noi stessi, avviene nei già citati incontri famigliari che possono far vivere al terapeuta dei vissuti intensi. Siamo messi in contatto con due elementi: l'immagine idealizzata della famiglia che noi stessi, come figli, avremmo voluto avere in certi momenti della nostra infanzia od adolescenza; e la famiglia reale che abbiamo avuto, con le sue luci ma anche le sue inevitabili ombre. L'aver fatto un'esperienza psicoterapeutica personale un po' di aiuto ce lo dà certamente, ma certe famiglie di pazienti con dca vivono– e le trasmettono a noi – emozioni molto forti, oscillanti tra rabbia e angoscia di morte, con cui dobbiamo comunque fare i conti. Anche in un colloquio iniziale di conoscenza di raccolta dati – non quindi la ennesima seduta di una terapia famigliare dichiarata ed avviata – il terapeuta può sentirsi in certi momenti disorientato da multipli ed opposti movimenti di identificazione contemporanea: sia con la paziente figlia, sia con uno od entrambi i genitori. La percezione successiva al colloquio famigliare, soprattutto se può essere discussa in supervisione o meglio ancora con l'eventuale collega presente alla seduta, è di arricchimento e migliore comprensione del caso.

Concludo tornando ad una frase contenuta nella locandina di presentazione di questo seminario, laddove parlo delle pazienti con dca come *persone che spesso suscitano, in chi si occupa di loro, sentimenti ed atteggiamenti oscillanti tra il pedagogico - paternalistico ed il giudicante – rimproverante*. È così, e lo dico sulla base della mia esperienza. Non solo i familiari e parenti che sono emotivamente più coinvolti, ma anche molti operatori sociali, sanitari, insegnanti hanno, verso i pazienti dca, un iniziale atteggiamento compassionevole che tuttavia spesso lascia poi il posto a fastidio quando non ad una vera e propria ostilità. Da cui non siamo immuni nemmeno noi psicoterapeuti. Chi ha un dca con forti ripercussioni sulla salute, soprattutto quando si associa l'atteggiamento di sfida, provoca reazioni di rifiuto anche palese. Mi rendo conto, e l'ho spesso sperimentato sulla mia pelle di psicoterapeuta, che non è per nulla facile gestire questi sentimenti, che ci fanno sentire messi alla prova contemporaneamente nel nostro essere persone e nel nostro ruolo terapeutico. È spesso molto faticoso, ma dobbiamo cercare e trovare la persona dietro il sintomo e tanto più quanto questo sintomo ci appare assurdo e incomprensibile.
La fatica nel fare questo non è da poco, ma può portarci ad un arricchimento sul piano strettamente umano ed esistenziale, non solo professionale.

BIBLIOGRAFIA

Bruch I. (1977), *Patologia del comportamento alimentare*. Feltrinelli.

Dalle Grave R (2022), *Terapia cognitivo comportamentale dei dca.* Positive Press, Verona.

Gabbard G.O. (1995), *Psichiatria psicodinamicca*. Raffello Cortina, Milano.

Gazzillo F. (2012*), I sabotatori interni*. Raffaello Cortina, Milano.

Jeammet P. (2004*), Anoressia e bulimia*. Franco Angeli, Milano.

Kestemberg E., J. Decobert S (1974), *La fame ed il corpo.* Astrolabio, Roma.

Marty P., De M'uzan M., David C. (1971), *L'indagine psicosomatica*. Bollati Boringheri, Torino.

Moser F., Genovese A. (2005), *La dimensione relazionale in psicoterapia cognitiva*. Curcu & Genovese ed.,Trento.

Montanaro M., Rizzi F. (2020), *Il tandem terapeutico.* Frattali,anno 1, n.1.

Nicolò A.M., Russo L. (2010), *Una o più anoressie*. Borla, Roma.

Riva E. (2009), *Adolescenza e anoressia*. Raffaello Cortina; Milano.

Rizzi F. (2021*), Incontrare le persone con disturbi alimentari*. Quaderni del Ruolo Terapeutico, n.11, Milano

Sassaroli S., Ruggiero M.G. (2010), *I disturbi alimentari.* Laterza, Bari.

Selvini Palazzoli M. (1963), *L'anoressia mentale*. Feltrinelli, Milano.

Selvini Palazzoli M., Boscolo, L., Cecchin, L., Prata, G. (2003), *Paradosso e controparadosso*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Steiner S. (2006*), I rifugi della mente*. Bollati Boringhieri, Torino.

Vanderlinden, J., Vandereycken, W. (1998), *Le origini traumatiche dei disturbi alimentari*. Astrolabio, Roma.