



Raffaella Magnoli

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: INDIVIDUAZIONE E RICONOSCIMENTO PRECOCE DEI SEGNALI DI RISCHIO NEL BAMBINO, NELL'ADOLESCENTE E NEL GIOVANE ADULTO

I disturbi del comportamento alimentare, dei quali i più comuni sono l'anoressia nervosa e la bulimia, sono diventati uno dei problemi più diffusi nel nostro tempo: situazioni cliniche apparentemente opposte ma in realtà modalità diverse per esprimere aspetti di una problematica simile, segnale di sofferenza nell'individuo ma anche nella famiglia di cui egli fa parte.

Presupposti:

- Complessità della problematica: difficoltà a trasformarla in comunicazione lineare che rischia di portare a semplificazioni.
- Il riconoscimento dei segnali di rischio passa attraverso l'analisi dei fattori individuali, familiari e socio-culturali che contribuiscono o rafforzano l'utilizzazione di questo sintomo che è multi determinato e sovra determinato.
- Riconoscimento dell'importanza dei diversi approcci degli Operatori facenti parte dell'èquipe terapeutica. Ci sono situazioni nelle quali è necessario, a volte indispensabile, intervenire subito da un punto di vista medico: noi psicologi, avendo la possibilità di vedere dell'anoressica solo il volto, non possiamo avere una visione reale del suo stato di dimagrimento e spesso sotto un abbigliamento che maschera c'è un corpo gravemente defedato di cui è urgente occuparsi prima di affrontare le tematiche psicologiche. Riteniamo comunque sempre molto utile la possibilità di condividere momenti di riflessione con i Colleghi per poter uniformare un metodo di ascolto, mirare l'intervento più utile o interpretare l'insuccesso.
- Il sintomo alimentare può essere considerato una soluzione adattiva: se non diventa distonico gli sforzi per farlo recedere sono destinati all'insuccesso o allo spostamento del sintomo ad un altro componente della famiglia o ad un altro sintomo, a volte slatentizzando un sintomo psichiatrico sottostante.

a. Anoressia mentale

Tutti noi viviamo in una cultura che sottopone, in particolare le donne, alla pretesa di essere "magre" (gli uomini rappresentano il 10/15 % degli anoressici anche perchè vengono richiesti di essere per lo più muscolosi). Le caratteristiche fisiologiche, metaboliche e strutturali della singola persona potranno favorire un dimagrimento più facile e rapido rispetto ad altre persone: è quello che viene definito come **compiacenza somatica**. In questo caso sarà più facile sviluppare un sintomo anoressico, se questo sintomo è funzionale anche all'equilibrio omeostatico della famiglia.

Effettivamente notiamo che, pur sentendo le pressioni culturali al dimagrimento, molte persone lo vivono come un peso eccessivo e rinunciano mentre altre, pur avendo motivazioni interiori a diventare anoressiche e facilità a diventarlo, vivono in famiglie che si oppongono fermamente a questa loro tendenza e ne impediscono lo sviluppo.



Ritengo inoltre importante rilevare altre caratteristiche sociali incoraggianti l'insorgere del sintomo anoressico:

- La famiglia nucleare è diventata più piccola, la sindrome del "nido vuoto" può essere più evidente e dolorosa;
- L'autonomia dei figli viene spesso enfatizzata, auspicata e spinta, senza tenere conto del bisogno di dipendenza e protezione da parte del figlio e del sentimento di perdita e di preoccupazione da parte dei genitori;
- Le famiglie in cui c'è un membro anoressico sono famiglie in cui si dà un grande valore alla vita familiare, alla vicinanza emotiva, al conoscersi intimamente e si vive il conflitto come un'interferenza pericolosa.

Distinguiamo due tipi di anoressia: quella **restrittiva** in cui la paziente riduce drasticamente l'alimentazione e quella **bulimica** che vede la paziente abbuffarsi e poi vomitare raggiungendo un aspetto emaciato.

Vale la pena ricordare i criteri diagnostici inclusi nel DSM IV:

- rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra del peso minimo normale per l'età e la statura (con un calo ponderale almeno del 15% rispetto al peso previsto dalle tabelle);
- la paura di acquistare peso anche in condizioni di sottopeso;
- l'alterazione del modo in cui vengono vissuti il peso, le misure e le forme corporee;
- l'assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi.

Per quanto riguarda l'**individuo**, lo psicoanalista inglese dell'Anna Freud Institute, Christopher Dare, distingue due categorie di disturbi:

- quelli relativi al **processo di separazione – individuazione**,
- quelli relativi al **complesso edipico**.*

I

In realtà spesso è presente una mescolanza di queste due categorie per cui, ai fini terapeutici, sarà utile comprendere quale delle due è prevalente.

Nel **primo caso** vediamo ragazzi in difficoltà ad esprimere un'identità differenziata dai propri genitori e che, sotto un'apparente acquiescenza ed accondiscendenza, vivono una rabbiosa impossibilità ad esprimere proprie opinioni, progetti e scelte, temendo in questo modo di perdere la protezione e la conferma parentali. La loro rappresentazione del Sè rassicurante diventa striminzita, desessualizzata, isolata dal mondo esterno ma vissuta come preziosa e positiva. Questo avviene in un periodo come l'adolescenza in cui la rappresentazione del Sè tenderebbe verso l'avidità: di spazio occupato nel mondo, di competizione nei rapporti sociali, di sesso e questa avidità può portare a vivere con particolare difficoltà il processo di separazione-individuazione.

Parallelamente, anche la famiglia è impegnata nello stesso processo di separazione-individuazione.

La crescita del figlio sollecita, nelle figure parentali, sentimenti ambivalenti di orgoglio e conferma narcisistica accanto al dolore di perdita della rappresentazione del bambino piccolo che si accompagna al sentimento di perdita della rappresentazione di Sè genitore giovane, ma anche della rappresentazione di coppia impegnata in modo preponderante nel ruolo genitoriale.

Questo sentimento sarà particolarmente minaccioso per quelle coppie che, nella tappa precedente del ciclo vitale, per vari motivi, hanno trascurato gli spazi di coppia per dedicarsi quasi esclusivamente all'allevamento e alle cure dei figli. Questo tipo di famiglia non è patologica, ha anche numerosi aspetti positivi e tra l'altro possiede qualità che somigliano a quelle delle famiglie degli psicoterapeuti ma, nel momento in cui i figli



cominciano a richiedere una presenza meno costante e significativa nei genitori può comparire il timore di ritrovarsi in un'intimità a due non più familiare, con bisogni reciproci modificati o inespressi, con la difficoltà a riconoscere la presenza di insoddisfazioni, acridità, richieste inevase, ecc.

La paura di trovarsi soli e di dover far fronte alla condizione nuova del rapporto di coppia può quindi essere una condizione favorente la parallela necessità inconscia del figlio di arrestare la crescita: la condizione anoressica è **un modo** per rimanere bambini e la famiglia è coinvolta nel conflitto in una relazione di circolarità.

Inoltre, quando una ragazza ha un legame con-fusivo con la madre, attraverso l'anoressia svolge una funzione compensatoria dei bisogni della madre rispetto alle proprie vicende di allevamento. In questo caso la difficoltà di coppia può essere ascritta all'incapacità dei coniugi di soddisfare i reciproci bisogni di affiliazione e di stima.

Caso clinico

La famiglia di Federica viene seguita da una collega di un Servizio di neuropsichiatria infantile da alcuni mesi.

Federica ha 15 anni, frequenta il 2° anno di liceo, h. 170, peso corporeo 41 kg (ha perso 6 kg in pochi mesi): Super brava a scuola, nega il problema anoressico e appare molto arrabbiata.

La famiglia di Federica è formata dalla mamma, casalinga, il papà, ufficiale militare, la sorella Elena di 13 anni. Vicino a loro vive la nonna materna che si è molto occupata delle nipoti ed è quella che ha evidenziato alla figlia la necessità di far vedere Federica al medico di base che ha poi inviato la famiglia al Servizio. Il nonno paterno è morto nel corso delle consultazioni familiari, dopo un anno di malattia che ha tenuto molto impegnato il papà.

Federica studia, stando con le gambe incrociate, nel centro del letto dei genitori e tiranneggia tutti poiché non sopporta il benché minimo rumore proveniente dagli altri membri della famiglia.

Durante le consultazioni familiari viene alla luce che, quando Federica aveva 4 anni, la famiglia subì un incidente d'auto frontale che determinò danni di poco conto in tutti i componenti della famiglia tranne che in Federica. Lei ne uscì illesa ma arrabbiatissima con l'investitore e da allora si è ritirata, esce in automobile solo con i genitori, non usa i mezzi pubblici se non quelli strettamente indispensabili per andare a scuola, non frequenta coetanei. La sorella Elena invece è una ragazza molto socievole fuori casa, con Francesca litiga ma manifesta anche tristezza nel vederla così magra e ritirata.

Il lavoro con la famiglia evidenzia la paura che la crescita delle figlie porti i genitori a fare i conti con sentimenti molto luttuosi relativi

all'invecchiamento, alla malattia e alla perdita di persone care come i propri genitori. Per la mamma si prospetta un sentimento di solitudine che è difficile da riconoscere. Da parte sua Federica vive fortemente il conflitto tra il desiderio di crescere e sentimenti di colpa e timore di perdere la protezione della famiglia che la porta alla soluzione rassicurante di incanalare le sue energie di crescita esclusivamente nello studio e contemporaneamente di restringere sensibilmente la sua crescita. Il modo di studiare evidenzia la necessità di presidiare il lettone con una presenza che evoca il bambino piccolo che si può svegliare al minimo rumore e che contemporaneamente sottolinea che in una famiglia come questa è pericoloso manifestare attraverso i rumori segnali di un'esistenza individuata, in cui ognuno ha un compito particolare o esprime dei bisogni differenziati. Assumendo su di sé questo compito di illusione di arresto della crescita, Federica affida inconsapevolmente ad Elena la propria parte desiderosa di socialità, di crescita fuori dalla famiglia e mantiene la mamma impegnata a portarla dal medico come una bambina piccola e il papà al riparo dai sentimenti di dolore per la morte del proprio padre.

Nel secondo caso la tendenza all'anoressia si instaura nella **relazione edipica** nelle situazioni in cui la ragazza si sente impossibilitata a vivere positivamente la propria relazione col padre.



Ciò avviene quando, ad esempio, la madre abdica alla propria relazione di coppia col marito, delegando la propria figlia a prendere il suo posto e il padre, lusingato nell'aver al suo fianco una giovane donna, accetta una relazione di eccessiva prossimità.

E' quella che Racamier chiama **relazione incestuale**.

Per la figlia, che si sente molto apprezzata dal padre e vittoriosa nella rivalità edipica con la madre, questa relazione è fonte di gratificazione

narcisistica e di sicurezza ma solo se rimane "piccola", asessuata. L'insorgenza delle caratteristiche sessuali adulte porta turbamento e timore di perdere la vicinanza del padre non potendo usufruire della protezione derivante dalle barriere generazionali, dalla relazione di rivalità edipica con una madre che se ne sottrae e quindi anche dal riconoscimento da parte della madre di caratteristiche adulte valorizzate.

Nella mia esperienza in situazioni di questo genere la soluzione adattiva della figlia passa più frequentemente attraverso una bulimia con vomito che attraverso l'anoressia restrittiva: il risultato è lo stesso anche se meno grave per l'incolumità della ragazza.

Ricordo il **caso** di Renata, un bellissima ragazza di 20 anni, seguita in trattamento familiare a causa di un'anoressia, con abbuffate spaventose seguite da vomito, che durava da alcuni anni.

Il padre, responsabile di un'Associazione di Imprenditori di una città di provincia, era spesso in viaggio di rappresentanza a cui la moglie evitava di partecipare. Il fratello Cesare, minore di tre anni, manifestava delle difficoltà scolastiche che lo portavano a richiedere l'affiancamento costante della madre. Dopo gli esami di maturità Renata era stata assunta dal padre e invitata a partecipare ai suoi viaggi in qualità di assistente. Si erano così formate due coppie disfunzionali: Cesare non poteva rinunciare alla vicinanza della madre che parallelamente si sentiva investita di un ruolo appagante, ma pagando il prezzo di sentirsi deficiente. Renata godeva della conferma narcisistica di sentirsi il "bel fiore all'occhiello" esibito dal padre in tutto il mondo ma non potendo riconoscere il turbamento che derivava dalla prossimità col padre, dal sentimento di trionfo colpevole sulla madre, aveva iniziato col vomito a dimagrire, perdendo man mano la silhouette femminile e acquisendo un aspetto efebico.

Nel corso del trattamento si è potuto sapere che durante i viaggi di lavoro Renata, per "convenienza economica" dormiva nel letto matrimoniale col padre, che a casa non esistevano chiavi nelle porte del bagno a cui ognuno poteva accedere liberamente, chiunque ci fosse dentro.

Questo caso fa da ponte tra l'anoressia e la **bulimia**.

La bulimia è caratterizzata da:

- peso relativamente normale;
- presenza di abbuffate seguite da vomito o uso di purgante (corrispondenti a modalità orali o anali).

Anche se fisicamente anoressia e bulimia sono diverse, le motivazioni sottostanti possono essere le stesse. Ci sono, come dicevo prima, bulimie con vomito e bulimie senza: la differenza dipende ancora una volta dalla **compiacenza somatica**: ci sono persone che vomitano con grande facilità e spesso è proprio la sperimentazione del vomito in una situazione emotivamente difficile che porta alla scelta di questa modalità per risolvere conflitti emotivi in situazioni successive. Così come l'effetto calmante dell'abbuffata in altre persone conduce all'utilizzo pervasivo di questa modalità per risolvere conflitti di vario genere. Il sintomo diventa quindi un'unica soluzione a problemi differenti.

Nella bulimia senza vomito ritroviamo spesso la necessità di mascherare le forme corporee per proteggersi dall'attrazione sessuale vissuta come colpevole. In altri casi c'è la fissazione al piacere orale caratteristico



della relazione primaria con una madre estremamente soddisfacente che non ha potuto incoraggiare la separazione da sè e non ha tollerato di infliggere al figlio frustrazioni necessarie alla crescita, oppure con una madre eccessivamente fredda e frustrante. Ho in mente il caso di una signora, Marisa, gravemente obesa, che ha sempre dormito con la propria madre fino a quando, intorno ai 9 anni, la madre, anch'essa obesa, era morta nel sonno accanto a lei. Da allora in poi il padre ha preso il posto della madre finchè, dopo i 20 anni, Marisa ha conosciuto un giovane uomo che l'ha messa incinta e l'ha sposata. Marisa, pur avendo studiato ed avendo sperimentato qualche relazione sociale e lavorativa interrotta dal matrimonio, non si è sentita mai incoraggiata a sviluppare una rappresentazione di sè autonoma, alle prese ogni tanto con sentimenti di solitudine e vuoto tant'è che alla crescita del proprio figlio, ai 3 anni, ha sviluppato fortissimi attacchi di panico. Il mangiare è il modo unico attraverso cui risolvere i problemi, per riempire il vuoto, per sedare l'ansia.

In altri casi il cattivo rapporto con la rappresentazione del Sè corporeo ha a che fare con relazioni incestuose o abusive vissute o fantasticate che fanno sentire la donne più al sicuro in un corpo informe.

Il trattamento più opportuno dipende da diversi fattori:

- in linea generale si è verificato che l'anoressia dipendente dal processo di separazione-individuazione necessita di un trattamento individuale del portatore del sintomo a seguito di alcune consultazioni familiari che interrompano la circolarità di reazioni e controreazioni;
- l'anoressia relativa al complesso edipico si avvantaggia, spesso in maniera anche esclusiva, del trattamento familiare;
- la bulimia senza vomito, se non si è recentemente instaurata, richiede un trattamento individuale, a volte anche di coppia quando si rivela funzionale anche al partner.
-

Certamente dobbiamo riconoscere che è possibile lavorare solo se e quando qualcuno riconosce di avere un problema e ne soffre: questo criterio ci permette di decidere se è più opportuno occuparci del singolo o convocare la coppia o la famiglia.

Da quanto espresso fin qui possiamo quindi dedurre che i **fattori di rischio** riguardano principalmente i segnali di difficoltà a procedere nel ciclo evolutivo attraverso il processo di separazione-individuazione: la difficoltà del singolo e della famiglia a vivere le situazioni di conflitto derivanti dall'emergere di personalità differenziate nei singoli membri, di bisogni, opinioni, desideri, progetti che definiscono l'individuo integrati con la necessità di sentirsi comunque confermati in una relazione sicura.

Relativamente al secondo gruppo di anoressiche i fattori di rischio sono rappresentati dalla difficoltà a definire barriere generazionali che passano attraverso il rispetto degli spazi individuali e della coppia genitoriale, a riconoscere e rispettare le differenze di genere, a formare coppie o sottogruppi funzionali (genitori, figli) incoraggianti le relazioni corrispondenti: la coppia, la fratria.

* Christopher Dare – Il trattamento dell'anoressia mentale: conferenza tenuta dall'Autore presso il Centro Studi di psicoterapia in via Ariosto, 6 a Milano

Bibliografia:

- Bruch H. *Patologia del comportamento alimentare* – Feltrinelli
- Dare C. *Non si tocca! La coppia, i genitori della paziente anoressica – “Quale psicoanalisi per la famiglia?”* a cura di Niccolò Corigliani - Franco Angeli;



- Gabbard G., *Psichiatria psicodinamica* – Cortina
- Kestenberg E. e J., *La fame e il corpo* – Astrolabio
- Minuchin e coll, *Famiglie psicosomatiche* – Astrolabio
- Pincus L., Dare C., *Secrets in the family* – Faber and Faber
- Selvini Palazzolo M, *L'anoressia mentale* – Feltrinelli
- Selvini, Cirillo, Serrentino, Selvini, *Ragazze anoressiche e bulimiche* - Cortina