



**Alla ricerca del confine perduto :**

***il sistema familiare anoressico***

*Maria Giuseppina Colatruglio  
Psicologa-psicoterapeuta  
Ospedale Fatebenefratelli Benevento*

L'anoressia è soprattutto un richiamo allo stile di vita di noi occidentali che non sappiamo come riempire la minaccia sempre incombente di un

 **vuoto di senso**

se non annegando l'angoscia nel cibo, nello shopping compulsivo, nella sovrabbondanza nauseante della disponibilità delle cose.....

 **nichilismo**

tutti i valori non hanno più valore e quindi non ci sono più riferimenti, non c'è più una dx e una sx, un alto e un basso..

**Non ci sono più confini**

# Qualche dato .....per conoscerla

- colpisce solo le ragazze dell'opulento Occidente ed è sconosciuta nel Terzo Mondo
  - Alta incidenza nel sesso femminile (90-95%) ➡ aumento negli ultimi dieci anni
  - I primi segnali, che un tempo si manifestavano nella pubertà , sempre più in età decisamente pre-puberale, o verso l'alto a 30-35 anni in piena età matura
  - Malattia che colpiva prevalentemente ceti sociali elevati ora agisce trasversalmente tutti i livelli sociali
  - solo il 10% chiede aiuto, ma in un modo così ambivalente e a uno stadio ormai così avanzato che l'aiuto può far davvero poco.
- Fase critica : **adolescenza**





## Sottotipo

1. Con restrizioni
2. Con abbuffate-condotte di eliminazione



# QUADRO CLINICO

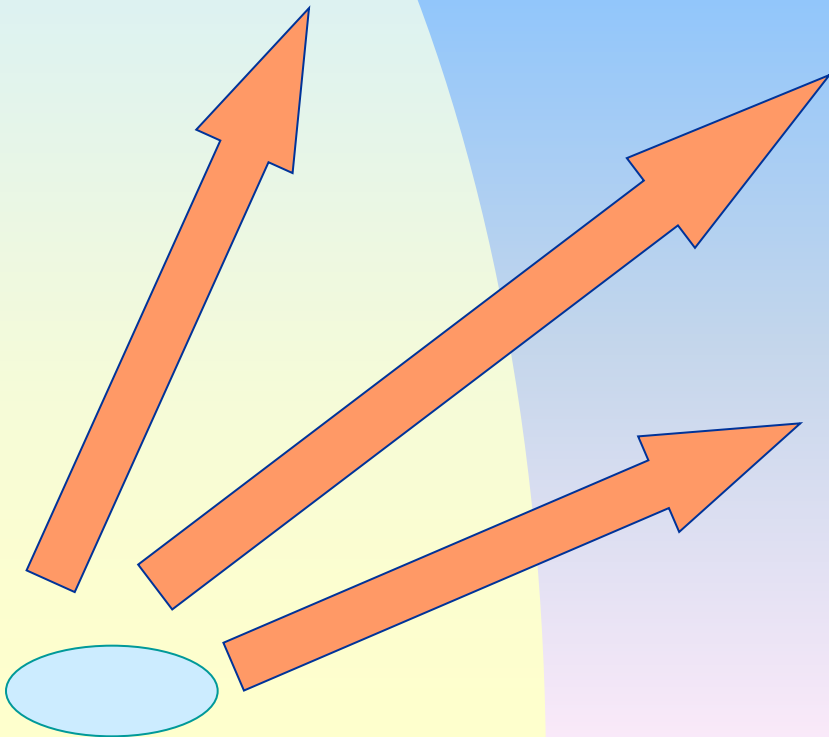
- Grave malnutrizione.
- Segni : emaciazione, cute secca e pallida, unghie e capelli fragili, lanugo, ipertrofia ghiandole salivari, edemi periferici, callosità o cicatrici alle mani.
- Segni comuni: bradicardia, ipotensione, bradipnea, ipotermia, intolleranza al freddo, disidratazione, poliuria.
- Amenorrea : allerta mamme
- Squilibri elettrolitici

# fenomeno complesso eziologia multifattoriale

coinvolto un livello socio-culturale, l'a. prevale nettamente nelle società del benessere economico, mentre è quasi sconosciuta nei paesi del Terzo Mondo

è interessato un livello familiare, perché le famiglie di cui i pz anoressici fanno parte, presentano caratteristiche particolari e ricorrenti

è implicato un livello psico-biologico individuale, poiché l'a. interessa soprattutto una fascia di età di profonde trasformazioni psichiche e somatiche come l'adolescenza, e prevale largamente (con un rapporto di 10 a 1) nel sesso femminile rispetto a quello maschile  
→ **genetica**



A **livello socio-culturale** l'anoressia si presenta come un rifiuto, nella cultura dell'abbondanza, di ciò che anche simbolicamente rappresenta il bene principale di consumo, il **cibo**, ma



contemporaneamente, sul piano dell' **immagine del corpo**, aderisce a certi ideali estetici femminili che quella cultura propone come valore dominante



## livello individuale

l'anoressia appare come un tentativo di **autonomia** e di **individuazione** ma, paradossalmente, attraverso la **negazione** dei tratti specifici di identità personale e sessuale





## **livello familiare**

il comportamento anoressico introduce  
**protesta**

ma, al tempo stesso, la colloca in  
un'area, quella del nutrimento,  
nell'ambito della quale non possono  
che definirsi relazioni di tipo infantile

**Voglio crescere  
ma ho paura  
e quindi  
resto bambina**



- **socio-culturale**
- **Individuale**
- **familiare**

nessuno di questi fattori è  
→ sufficiente da solo a  
"produrre" l'anoressia

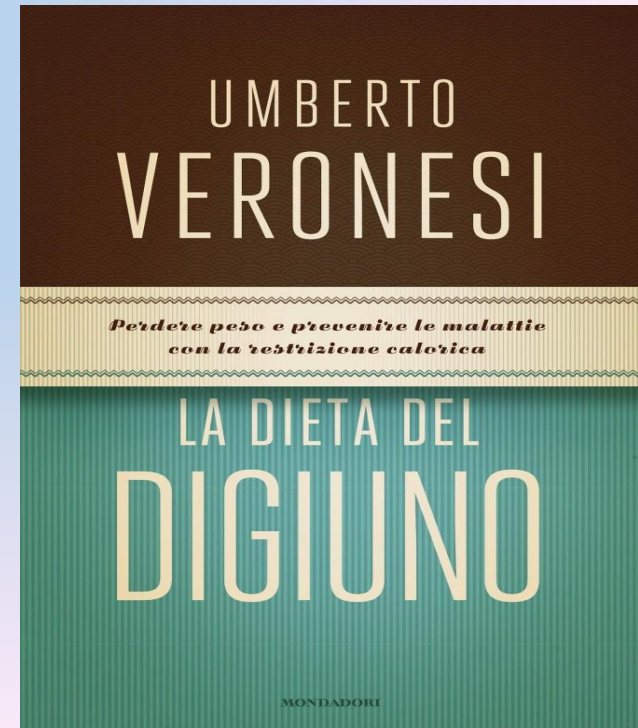
nasce da una **intersecazione**  
dei vari livelli  
simultaneamente coinvolti

la giunta comunale di Milano si è spaccata sull'opportunità di un cartello pubblicitario che solleva il problema

## NON SUL PROBLEMA







La **pubblicità**, la **moda**, le **riviste femminili**,  
vengono dopo, molto dopo, a danno già avvenuto per la modificazione  
mentale dello schema corporeo.

E allora se non vogliamo prendere i problemi dalla coda, ma affrontarli  
alla radice, spostiamo l'attenzione dai manifesti alla qualità delle  
**relazioni che caratterizzano le nostre famiglie,**

- la comunicazione
- il rispetto vicendevole
- la veicolazione degli affetti
- il reciproco riconoscimento
- Il riconoscimento e il rispetto dei **confini**

languono esangui, non meno esangui dei corpi di queste povere ragazze  
che nella famiglia non sono riuscite a trovare né a costruire  
un'accettabile immagine di sé.

**Quei corpi affamati accusano la famiglia e la  
società**



## rifiuto del cibo non è la malattia

ma il sintomo finale di una malattia il cui esordio risale a anni prima, quando la ragazza s'è trovata nel bel mezzo di una rete di relazioni familiari, in cui non riusciva a capire chi era e che cosa ci faceva lì

E **impressionano** e **angosciano** quei genitori che solo alla fine capiscono che la ragazzina che hanno cresciuto, un po' distrattamente e un po' ossessivamente, non sta facendo i "**capricci**" di fronte a un grissino o a uno specchio, **ma sta cercando disperatamente un'immagine** di sé che dai genitori non ha ricevuto,

**rifiuto della relazione con l'altro  
a partire dalla sua famiglia**



**Abbiamo perso la cultura dell'anima , delle emozioni**

**Non più esercizi spirituali, ma esercizi corporei**

**In quelle sfide che riescono a trasformare un pezzo di pane in un dannoso concentrato di zuccheri e una goccia d'olio in un irrecuperabile accumulo di grassi. I trenta chili sono il loro sogno, il «no, grazie» a ogni offerta di cibo il loro vanto.**





- la malattia tipicamente si manifesta in brave bambine,
- con un atteggiamento compiacente nei confronti dei genitori,
- che diventano improvvisamente negativiste e testarde nell'adolescenza

# Alcuni dei sintomi per riconoscerla:

1

Masticare ossessivamente il cibo

2

Pelle opaca

3

Capelli sfibrati per deficit vitaminici

4

Tendenza ad ammalarsi più

5

Eccessiva preoccupazione, restrizione e rigidità sulla selezione del cibo che "si può mangiare"

6

Dedicare grande quantità di tempo alla scelta del cibo e alla sua preparazione

7

Mangiare da soli per la difficoltà di trovare "cibo sano e puro" nei ristoranti o luoghi di aggregazione

8

Modificare drasticamente i propri stili di vita alimentari

9

Criticare ed evitare le persone che non condividono lo stesso sistema alimentare

10

Attribuire al cibo virtù sanificanti o miracolistiche

?



# Il sistema familiare dell'anoressica ..... alla ricerca del confine perduto



# Chiarezza dei confini

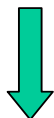


regole che definiscono chi  
partecipa e come

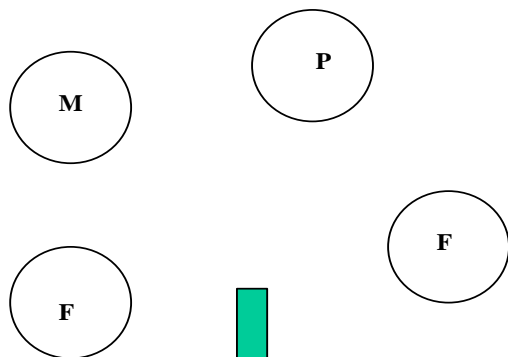
separatazza fisica ed emotiva  
"Ognuno per se"

ravvicinamento emotivo estremo  
"Uno per tutti, tutti per uno"

Confini  
eccessivamente rigidi



Famiglie Disimpegnate



Senso distorto dell'indipendenza

Assenza di sentimenti di appartenenza  
e di lealtà nei confronti della propria  
famiglia

Rapporto con l'esterno: centrifugo

Confini chiari

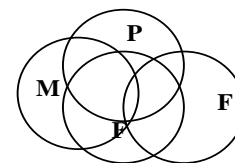
**FAMIGLIE CONNESSE:**

la vicinanza emotiva  
viene meglio bilanciata  
con tolleranza e  
rispetto  
Il fuori entra come  
arricchimento  
abilità nel risolvere le  
tensioni

Confini diffusi



Famiglie Invischiate



Mancanza di differenziazione  
tra i singoli soggetti e tra i  
singoli sottosistemi

Senso distorto  
dell'appartenenza

Rapporto con l'esterno:  
centripeto

transazioni  
evolutive e perdite  
diventano eventi  
problematici

# Famiglie disimpegnata

- Le gratificazioni provengono dall'esterno
- tendono ad espellere i propri figli prima che il processo di individuazione sia completo
- Un'atmosfera "*terra di nessuno*" i cui supporti e le cure sono scarsi o nulli
- Ogni membro si trova da solo

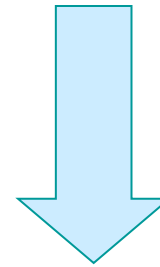
# Famiglia invischiata

- Cercano gratificazioni soprattutto all'interno della famiglia. Sopprimono i sentimenti negativi ed esaltano quelli positivi. Tendono a legare i figli e a renderne difficile l'emancipazione.
- I figli presentano tratti ossessivo-compulsivi
- Non ci sono confini chiari e i genitori parlano al posto dei figli ...
- Sono frequenti le manifestazioni di rabbia e litigi violenti (*borderline* )
- Non c'è identità individuale
- Continua intrusione negli "spazi", non solo fisici ma anche psicoemotivi



## Anoressia frequente nelle f. invisiate

sul versante individuale,  
gravi difficoltà nei processi di  
**individuazione -  
autonomizzazione** specialmente  
quando



**l'adolescente** e il nucleo familiare non  
sono in grado di sopportare una  
esperienza di reciproca distanza,  
accompagna a vissuti di **'perdita'** e  
non di **"trasformazione"** dei legami  
affettivi





- se dal piano della struttura familiare, ci spostiamo verso una ricostruzione della **storia del sistema**, troviamo che tali modalità comunicative si sono andate organizzando nel tempo; Selvini (1988), ha chiamato **"stallo di coppia"**:  
→
- Sono proprio questi elementi storici, solitamente celati, che stanno alla base della costruzione dei miti e dei fantasmi che accade di ritrovare in queste famiglie.  
↓
- si tratta di **miti di "unità familiare"**, come **bene supremo** da difendere ad ogni costo;
- al mito dell'unità si accompagna, in forma speculare, il **"fantasma della rottura"**, per cui ogni processo di autonomia scatena paure di disgregazione e di fine, ogni accenno di separazione si associa a vissuti di perdita irreparabile.



## ***"l'evitamento di conflitto".***


assume un ruolo assolutamente centrale

**soglia particolarmente bassa di  
tolleranza nei confronti delle  
tensioni conflittuali**

che in questi sistemi, finisce per bloccare  
ogni manifestazione di disaccordo, e  
sul versante individuale, ogni  
processo di differenziazione.

**Tutto è congelato**  
in un apparente armonia

armonia che da un lato porta alla  
negazione di qualsiasi altro problema  
che non riguardi il sintomo della  
paziente; dall'altro crea, talvolta, una  
atmosfera ostentatamente distesa che  
contrasta con la stessa drammaticità  
del sintomo.

A person wearing a dark, possibly black, hooded sweatshirt is walking down a set of wooden stairs. They are carrying a light-colored, possibly olive green or beige, shoulder bag. The person's face is obscured by the hood and shadows. The background consists of the wooden steps of the staircase.

**Tutto è congelato**  
in un apparente armonia

**Svincolo dell'adolescente ????**

**mito l'anoressica si ripropone nella sua paradossale ambivalenza:**

→ **funzione protettiva dell'omeostasi sistemica**

**eroina della trasgressione del mito** perché il suo "**sciopero della fame**" è una protesta implicita e violenta:

**eroina della difesa del mito** perché la forza dei legami, quelli che Sterling chiama i "**vincoli di lealtà**", le impediscono di rendere esplicita la protesta, lasciando che prevalgono gli aspetti implicitamente protettivi.



**le emozioni vengono accuratamente filtrate in modo da evitare le tensioni conflittuali e da mantenere l'apparente armonia del sistema familiare.**

il  
**sintomo anoressico** si  
propone col significato di un

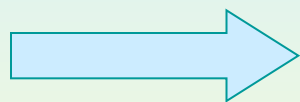
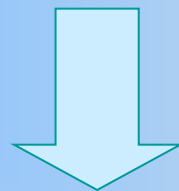
**"doppio messaggio":**

modalità comunicativa  
provocatoria, ma anche  
dolorosa ed è proprio in  
questa ambivalenza che  
spesso dal sintomo si  
innescano quei circoli viziosi  
che portano alla sua  
perpetuazione. *Philippe Caille'* (1988)

Non è un disturbo dell'appetito

Non è un rifiuto del cibo

Ma è un **disturbo della relazione**



**decodificare il "doppio messaggio"**  
e trasformarlo in "*messaggio chiaro, capace  
di introdurre nel sistema una informazione  
nuova*", e avviare processi di cambiamento

**Obiettivo terapeutico**



## Pionieri nello studio dell'anoressia:

- **Bruch**, (anni'70) psicoanalista tedesca, autrice del libro: *“La gabbia dorata: L'enigma dell'anoressia mentale”*. mancato superamento della fase di separazione-individuazione tra madre e figlia
  
- **Minuchin** (1974), pediatra, psicoterapeuta i disturbi alimentari colpiscono le famiglie invischiate; l'anoressia diventa l'unica autonomia possibile

INDIVIDUAL VERSION  
LICENSED FOR INDIVIDUAL VIEWING ONLY

**Salvador Minuchin**  
on Family Therapy

psychotherapy.net

CE CREDITS  
available online



- L'approccio di **Selvini Palazzoli e Carmine Saccu** ha confermato e ampliato alcune intuizioni della Bruch e di Minuchin, sottolineando lo schema di invischiamento familiare
- Le pazienti non sono state in grado di separarsi psicologicamente dalla madre e percepiscono il corpo come abitato da un cattivo introietto materno; il digiuno potrebbe essere praticato per fermarne la crescita.
- **Recentemente** si sono evidenziati pattern tipici nella relazione padre-figlia: i **padri** sono superficialmente coinvolti, interessati e supportivi, ma abbandonano emotivamente le figlie in caso di reale bisogno.  
**Spesso questi padri cercano nutrimento affettivo nelle figlie piuttosto che darlo.**  
( Boris. Palazzoli 2007)





## **Approccio sistemico-familiare**

Aderire a un modello terapeutico di tipo "*evolutivo*" significa soprattutto reintrodurre in un sistema, che sembra averla persa

## **la dimensione del tempo**

e significa vedere nel sintomo, l'espressione di un bisogno doloroso di **cambiamento**



le "**sculture**" furono introdotte nella terapia familiare dalla Papp (1976) e consistono in una richiesta alla famiglia di dare una rappresentazione visiva e spaziale della propria immagine, attraverso la disposizione dei corpi nello spazio, l'atteggiarsi delle fisionomie e delle posture, il gioco delle vicinanze e delle distanze, la direzione degli sguardi.

Si tratta, di una rappresentazione del tutto analogica e non -verbale

# Si possono rintracciare i seguenti temi

- Tentativo disperato di essere unici e speciali
  - Attacco al falso-sé promosso dai genitori
    - Affermazione nascente di un vero sé
- Attacco all'introietto ostile materno visto come equivalente al corpo
  - Una difesa proiettiva dal desiderio abnorme e dall'avidità
- Tentativo difensivo di evitare le proiezioni non metabolizzate da parte dei genitori
  - Una richiesta estrema di aiuto

(Gabbard, 2007):

# Tratti cognitivi caratteristici:

- Distorta percezione dell'immagine corporea.
- Pensiero dicotomico (tutto-o-nulla).
- Pensiero magico.
- Pensieri e rituali ossessivo-compulsivi.

# TERAPIA

Il trattamento deve procedere per obiettivi intermedi, in relazione alla fase sintomatologica e al grado di insight.

# TERAPIA


- A. Se necessario ricovero ospedaliero
- B. Alimentazione enterale o parenterale
- C. Psicoterapia
- D. Neurolettici ed antidepressivi
- E. Terapia familiare e cognitivo-comportamentale

# DECORSO E PROGNOSE

La malattia recidiva o cronicizza in quasi il 70% dei casi.

## **fattori prognostici sfavorevoli:**

- grave deficit di immagine corporea,
- mancanza critica di malattia,
- presenza di disturbi psichiatrici



L'anoressia è una malattia in cui si entra con la massima facilità e dalla quale si esce con una difficoltà estrema



**Per quanto ci si provi,  
il dolore non si può  
né mangiare  
né misurare,  
ma “solo” interrogare**



# Bibliografia

Richard A. Gordon **“Anoressia e Bulimia”**.

*Anatomia di un'epidemia sociale*, Raffaello Cortina Editore, 2004.

Mara Selvini Palazzoli **“L'anoressia mentale”**, Raffaello Cortina Ed, 2006.

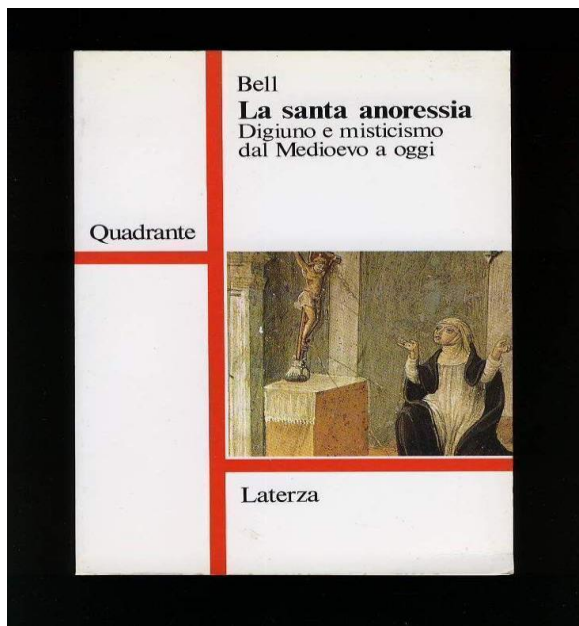
Mara Selvini Palazzoli, S. Cirillo, M. Selvini, A. M. Sorrentino

**“Ragazze anoressiche e bulimiche”**.

*La terapia familiare*, Raffaello Cortina Editore, 1998

CAILLE' P.:(1988): **Il disordine del comportamento alimentare come "doppio-messaggio"** in L. ONNIS (a cura di): "L'orientamento sistemico nella medicina psicosomatica", NIS, Roma

Massimo Recalcati *L'ultima cena* Bruno Mondadori



medioevo, l'adesione un **ideale di vita ascetico** esprime il **desiderio di autoaffermazione** delle donna e le regala una **visibilità** altrimenti negata (Bell, S. Vegetti Finzi)

le anoressiche di oggi sono **come le isteriche di Freud**: usano il corpo come un teatro dove mettere in scena il dramma esistenziale del mancato riconoscimento delle loro esigenze, naturali e sociali (M. Recalcati)

**crisi di valori**: il corpo non è più "il tempio dell'anima", perde la sua sacralità e si presta ad essere usato e manipolato **in maniera violenta ed autoaggressiva**

