

Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino A.M., "Anoressia restrittiva: una ricerca su 34 casi". In (2011) a cura di P. Chianura, L. Chianura, E. Fuxa, S. Mazzoni. *Manuale Clinico di Terapia Familiare. Contributi di ricerca della Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale*, Franco Angeli, Milano.

Anoressia restrittiva: una ricerca su 34 casi

STEFANO CIRILLO, MATTEO SELVINI, ANNA MARIA SORRENTINO*

Premessa

Negli ultimi dodici anni, successivi quindi alla pubblicazione del testo *Ragazze anoressiche e bulimiche* (1998), abbiamo trattato con un intervento familiare-individuale in équipe 34 casi in cui il sintomo anoressico restrittivo, per il quale era stato richiesto il nostro intervento, aveva condizionato molto a lungo la vita dei nostri pazienti (32 femmine e 2 maschi, tra gli undici e i trentacinque anni). Abbiamo quindi escluso da questa ricerca numerosi casi che, pur avendo presentato cali di peso con acute crisi di tipo anoressico, avevano nella loro storia manifestato prevalentemente sintomi bulimici/iperfagici (circa 40 casi negli stessi anni), in generale in un quadro di personalità di area border.

Pur essendo ben consapevoli della grande varietà delle diverse situazioni personali, familiari e sociali che caratterizzano le famiglie che si rivolgono a noi per una terapia, anche in presenza di un sintomo ben definito quale è il sintomo anoressico restrittivo, ci siamo chiesti se potesse essere utile uno studio retrospettivo della nostra casistica per identificare, e/o confermare, dei fenomeni relazionali ripetitivi che potessero fare da collegamento tra "i tre poli" su cui lavoriamo, vale a dire dinamiche relazionali, tra cui in particolare le modalità di accudimento entro cui si

*Co-responsabili della Scuola di Psicoterapia "Mara Selvini Palazzoli", Viale Vittorio Veneto, 12 - 20124 Milano, tel/fax 02 29524089.

forma la futura paziente, i tratti difensivi con cui organizza la sua personalità ed infine sul sintomo che esprime (Selvini Palazzoli e al., 1998).

Abbiamo revisionato quindi le nostre cartelle cercando di formulare alcune ipotesi concernenti soprattutto la relazione tra le modalità di allevamento e la formazione della personalità delle pazienti, concentrandoci, come dicevamo qui sopra, esclusivamente sulla configurazione sintomatica della patologia nella sua forma restrittiva, forma peraltro oggi meno frequente epidemiologicamente rispetto all'anoressia bulimica, come già rilevato e commentato nella pubblicazione a firma del nostro gruppo del 1998. Il criterio di inclusione nella ricerca è stato quindi quello di un prolungato atteggiamento di controllo del peso sotto i livelli minimi, cioè ad BMI di 17 o meno.

Ipotesi della ricerca

Com'è noto, l'osservazione clinica di questi soggetti mostra la frequente presenza di tratti chiave disfunzionali della personalità quali ossessività, perfezionismo nelle aree prestazionali, rigido controllo su di sé e spesso anche sugli altri. Abbiamo ipotizzato che questi funzionamenti avessero antecedenti causali in atteggiamenti di allevamenti e scenari relazioni correlati a:

1. iper-responsabilizzazione/adultizzazione della paziente nei confronti della sua stessa vita. La dimensione di controllo rigido su di sé e sugli altri e il perfezionismo rimandano a vissuti di profonda insicurezza, combattuta appunto con lo sforzo consapevole di "far tutto per bene" senza permettersi distrazioni che vengano vissute come pericolose e fatali a causa della sproporzione tra le forze percepite e i compiti da assolvere. Con questa definizione di iper-responsabilizzazione infatti intendiamo individuare storie precoci di inserimento in vicende familiari dove gli adulti che avrebbero dovuto occuparsi dei soggetti in crescita, per problematiche esistenziali assai varie, risultano agli occhi del bambino anche piccolo sovraccarichi e indisponibili, al punto che il piccolo è

portato ad operare scelte di precoce autonomizzazione/adultizzazione, per cui bada a se stesso anziché appoggiarsi ai suoi naturali referenti affettivi.

Per esemplificare, ricordiamo una paziente che veniva descritta (e apprezzata!) come autonoma perché nella primissima infanzia "si cambiava da sola il pannolino".

Un esempio molto più drammatico è quello di Federica, figlia unica anch'ella iper-indipendente in tenera età. Durante la terapia familiare ci colpì la sua totale assenza di critica/aggressività nei confronti dei più palesi limiti dei genitori che pure vedeva con chiarezza. Parallelamente, nelle sedute individuali, rievocava come durante la sua adolescenza avesse intensamente desiderato la morte dei genitori. Evidentemente li dava per persi, li sentiva solo come un ostacolo. Inevitabile conseguenza un profondo sentimento di solitudine, di dover quindi per forza essere adulta, autonoma, responsabile, come in effetti era stata, almeno fino alla crisi anoressica che la portò molto vicina alla morte.

Come si vede la configurazione che stiamo descrivendo va al di là delle forme più comuni di attaccamento evitante, dove vengono incoraggiate autonomie "ragionevoli". In questi casi, invece le carenze, le richieste e gli apprezzamenti delle figure allevanti spingono il bambino a sperimentare autonomie ai limiti della tolleranza per l'età e il livello di sviluppo, costruendo nel soggetto futuro paziente un sentimento di insicurezza che non di rado si mescola a rabbia per l'insoddisfazione dei bisogni fisiologici di accudimento, rabbia che spesso vediamo poi rivolta contro gli altri nell'insofferenza e contro se stessi nella durezza con cui i sentimenti di inadeguatezza verranno combattuti con il rigido controllo del digiuno.

2. Esigenze di perfezionismo (grande attenzione a fare tutto in modo conforme alle regole, preoccupazione per l'ordine, il controllo, a spese della flessibilità). Stante il quadro su esposto, il perfezionismo ed il controllo minuzioso della prestazione appaiono un inevitabile derivato. Molto spesso familiari e amici le descrivono con aggettivi quali "rigide", "moraliste", "bacchettone", "sgobbone", "prime della classe".

Possiamo citare una ragazza che esordì nella patologia in un periodo molto difficile della storia familiare, in concomitanza con un'esperienza personale di fallimento per il fatto che le fu rifiutata l'ammissione a una prestigiosa scuola di danza, per cui si era molto ben preparata, a causa della scarsa possibilità di rotazione delle anche nell'acetabolo. Questo "tradimento" del

suo giovane corpo la riempì di furia verso se stessa, dando il via a un serio digiuno e ad un grave peggioramento del suo carattere con riduzione della socialità ed imprigionamento nei rituali ossessivi.

Fare tutto secondo le regole, applicando scrupolosamente procedure, aiuta a rassicurarsi, ad autoallearsi, a darsi conferme, in presenza di un ambiente affettivo poco sollecito. La flessibilità è infatti frutto tanto della fiducia nelle proprie risorse quanto nella capacità di tollerare i propri limiti, essendo certi di appartenere ad un ambiente affettivo provvido e benevolente.

Come situazioni relazionali che giustificano questi funzionamenti abbiamo ipotizzato:

- a. genitori sovraccarichi che appaiono al/alla futura paziente gravati da seri problemi;
- b. ipercriticismo rivolto al/alla paziente come modalità d'interazione abituale nelle relazioni fondamentali;
- c. esagerate aspettative su di lei/lui da parte delle figure allevanti.

Metodo della ricerca

Abbiamo predisposto un questionario, allegato, per poter quantificare:

1. quanto fosse effettiva la presenza dei citati **tratti di personalità**;
2. quanto fossero chiaramente riscontrabili **intrecci relazionali** che giustificassero i vissuti di sovraccarico su esposti.

Abbiamo proposto una scala di valutazione per ciascuna voce che va da *molto chiaramente presenti*, ad *abbastanza chiaramente presenti*, a situazioni *dubbe* o a situazioni sicuramente *di altro genere*.

3. Attraverso altre tre domande abbiamo poi indagato **le possibili determinanti** (relazionali e intrapsichiche) sia dell'iper-responsabilizzazione, se presente; sia dell'eventuale ipercriticismo delle figure educative, nonché l'eventuale ruolo di sostegno ai familiari svolto dalla paziente.

Quest'ultimo dato è stato indagato per distinguere la paziente in esame dalle più comuni personalità "parentificate", così frequenti in situazioni familiari problematiche dove genitori resti fragili dalla propria storia o dalla vita, ricevevano sostegno dai figli, i quali nella vita adulta mostrano tratti sacrificali. Questi soggetti presentano raramente sintomi eclatanti, oppure sono caratterizzati da un velo depressivo ma con maggior frequenza nelle dimensioni dell'ansia.

I questionari sono stati compilati dal terapeuta principale del caso e poi discussi nell'équipe che si era occupata di quella situazione.

Abbiamo preso in considerazione tutti i casi trattati abbastanza a lungo da consentirci di rispondere alle sopraccitate domande: quindi sono stati esclusi alcuni casi visti solo per una o due volte.

Risultati

1. Effettiva presenza dei TRATTI INDIVIDUALI nei 34 casi trattati:

- **Iper-responsabilizzazione/adultizzazione nei confronti della sua stessa vita**

Questa variabile è risultata presente in modo "molto chiaro" in 19 casi, "abbastanza chiaro" in 13, e dubbia solo in 2 casi, "sicuramente assente" in nessuno.

- **Perfezionismo**

È risultato "molto chiaro" in 21 casi, "abbastanza chiaro" in 9, "dubbio" in 4 casi, "sicuramente assente" in nessun caso.

2. INTRECCI RELAZIONALI cofirelabili nelle 34 famiglie in esame:

- **Sovraccarico relazionale per seri problemi familiari**

È risultato "molto chiaro" in 14 casi, "abbastanza chiaro" in 15 e "dubbio" in 5 casi nei quali non si poteva parlare di seri problemi familiari che erano stati raccontati ai terapeuti. Nessuna risposta sicuramente negativa.

▪ **Ipercriticismo**

È risultato “molto chiaro” in 17 casi, “abbastanza chiaro” in 12 e “dubbio” in 5. Nessuna risposta sicuramente negativa.

▪ **Esagerate aspettative (13)**

Sono risultate “molto chiare” in 8 casi, “abbastanza chiare” in 18 e “dubbie” in 8. Nessuna risposta sicuramente negativa.

Ci colpì molto il caso di una ragazza proveniente da una famiglia cattolica “militante”: ormai alla fine dell’università, era fidanzata dal liceo con un compagno di classe. Tuttavia, dopo otto anni di relazione, quando cominciavano a progettare il matrimonio, era impensabile, sia per lei stessa che per i familiari, che potesse trascorrere anche una singola notte da sola con lui: niente vacanze, niente weekend, se non con le rispettive famiglie...

3. Possibili DETERMINANTI ESISTENZIALI E/O RELAZIONALI:

a. **Della iper-responsabilizzazione**

Ci possono essere anche due, tre risposte per ogni situazione. Prevalentemente il tema di una fragilità della madre in 19 casi.

Un esempio: la madre di Assunta, figlia unica, è in cura per uno scompenso psicotico fin dalla prima infanzia della figlia. L’esordio anoressico coincide con una grave crisi depressiva della signora che scopre che il marito corteggia un’adolescente vicina di casa.

È seguito da quello di una fragilità del padre (10 casi).

Il padre di Sonia è in analisi da vent’anni per disturbi fobico - ossessivi, che rendono estremamente pesante per la moglie la routine familiare, fino alla decisione di separarsi.

Segue la problematica seria di un fratello o sorella (5):

Ancora Sonia, secondogenita, dichiara di aver iniziato fin da piccola a non pesare sui genitori, già sovraccaricati per il rifiuto scolastico del figlio maggiore dall’inizio delle elementari. La bambina immaginava di consultare un libro fantastico che le diceva cosa doveva fare nelle situazioni quotidiane.

Ancora, si segnala una separazione difficile tra i genitori (5), un eccesso di aspettative (5), infine qualche caso (4) di “cuoricino d’oro”

della madre, cioè della figlia spalla, confidente, consolatrice attiva della madre.

b. Dell'iper criticismo

La domanda 12 esaminava le possibili cause dell'iper criticismo prendendo in considerazione due ipotesi:

1. Uno o entrambi i genitori sono ipercritici come modalità di funzionamento generale e pervasiva.

Una madre, che aveva perso il figlio primogenito, appena nato, viveva la secondogenita, ignara di aver avuto un fratellino morto precocemente, come una figlia che avrebbe dovuto soddisfare tutte le sue aspettative per ripagarla di un così grande dolore. Sostenuta dal marito, figlio di una famiglia esigente, comprimeva tutte le sue aspirazioni adolescenziali della figlia, arrivando a sradicarla dalla sua città, dalla sua scuola e dal suo gruppo sociale per il timore che seguisse il cattivo esempio di alcuni. Cattivo esempio che consisteva nelle normali condotte esplorative dell'adolescenza. Sullo sfondo del figlio idealizzato e perduto, di cui segretamente festeggiava ogni anno il giorno della nascita, la figlia non apparve mai adeguata.

2. Il genitore critica un difetto proprio o del coniuge che ritiene di rivedere nella figlia.

I questionari ci hanno risposto soprattutto nei termini di una modalità narcisistica dei genitori che si traduce in atteggiamenti sprezzanti verso la figlia in 15 casi, tra cui una quasi totalità di padri, qualche volta affiancati anche dalle madri. La proiezione di un proprio difetto o di un difetto del coniuge sulla figlia è stata verificata in 7 casi. Le molte altre situazioni di ipercriticismo paiono avere cause molto diversificate.

L'iper criticismo proviene in 10 casi da entrambi i genitori, in 9 dal solo padre, in 7 dalla madre (7).

La madre di Federica lotta da sempre senza successo con il suo proprio importante sovrappeso: la sua ossessione si sposterà sulla necessità di tenere a dieta una bambina normalissima, ma che le appare minacciosamente grassottella.

c. Del ruolo familiare di sostegno (5)

Circa un eventuale appoggio ai genitori che potrebbero accompagnarsi alla responsabilizzazione, prevale nettamente il solo “non pesare su genitori e familiari” (24), segue a distacco il “dare un aiuto delimitato” (4) o “intenso” (2), “nessun sostegno” in un caso, e nessun sostegno, ma anzi “molte richieste per sé” in 3 casi.

Nel già due volte citato caso di Federica, caratterizzata da un così forte sentimento di estraneità verso i familiari, è chiaro che essere perfetta, non dare problemi, ottimi voti, comportamento irreprensibile, è funzionale il mantenimento della distanza emotiva dai suoi genitori. Il desiderio di aiutarli e sostenerli è ovviamente del tutto inesistente.

Chiara, perseguitata sessualmente da un vicino, noto a tutti per essere un molestatore di bambini, dall'età di otto anni si confida con la madre. Questa la incoraggia a non fare storie e non la difende, per conservare rapporti di buon vicinato con un soggetto pericoloso e impulsivo che potrebbe “dar fuoco alla stalla” distruggendo il bene di famiglia. Per anni, fino al matrimonio, Chiara si guardò le spalle subendo la persecuzione, anche in compagnia del suo giovane fidanzato, a propria volta intimorito e acquiescente.

Un primo commento ai risultati

L'ipotesi della presenza di *tratti di iper-responsabilità e perfezionismo* è così stata largamente confermata.

Il dato indica perciò che dal punto di vista della personalità la grande maggioranza delle anoressiche restrittive si colloca nella matrice dell'attaccamento evitante e quindi in un'area diagnostica della personalità evitante, narcisista, ossessiva (26 casi). Ciò rimanda quindi a esperienze di attaccamento di tipo evitante versus disorganizzato. Solo una minoranza (8 casi) si situa sul versante border/dipendente e quindi in un'area di attaccamento ansioso-ambivalente versus disorganizzato, probabilmente per la presenza di situazioni familiari conflittuali e caotiche (5 casi) e di abusi sessuali (2 casi). Questi dati confermano le ricerche di Attili (2004.)

Per quanto riguarda *gli scenari relazionali* in cui le pazienti sono cresciute, il tema del *sovraccarico* è stato ampiamente confermato dalla frequenza dei dati. Va tuttavia segnalato che le 5 situazioni che non presentano tale scenario come identificabile non sono le stesse che facevano eccezione all'indagine sul perfezionismo e all'iperresponsabilizzazione.

Anche lo scenario dell'*ipercriticismo* è stata confermato dai dati, tranne in 5 casi. Qui solo 3 casi si sovrappongono alle precedenti "eccezioni".

Questa diversificazione è la riprova di come non si possa parlare di una forte omogeneità né di tratti né di scenari relazionali anche all'interno di una patologia così definita come l'anoressia restrittiva.

Se prendiamo il sottogruppo delle cinque situazioni dove non è presente un sovraccarico, queste ragazze appaiono ben funzionanti in molte aree delle personalità: amicizie, affetti, prestazioni. Tuttavia l'estrema autosufficienza le mette a rischio alla minima incrinatura della loro corazza/immagine di perfezione faticosamente costruite a scopo difensivo. Ad esempio, possono aver imparato ad essere "guardinghe", nel senso di evitare i conflitti in cui sono state immerse, per un sentimento tra la superiorità e il bisogno di quieto vivere legato al percepire come pericoloso il confronto acceso con figure adulte fragili o instabili e critiche. Se qualcuno le mette in crisi infatti fanno allora molta fatica a difendersi. La loro struttura evitante, ossessiva o fondamentalmente narcisista, può metterle in difficoltà soprattutto quando hanno delusioni e sconfitte, ma anche quando allentano questa difesa e si innamorano, perché vivono il rapporto in modo esclusivo e se questo rapporto va male il contraccolpo è molto forte. Si potrebbe quindi dire che sono ipercritiche verso se stesse, qualche volta introiettando una modalità usata nei loro confronti, ma anche in molti casi nello sforzo di viverci come diverse e superiori rispetto a modelli adulti deficitari da cui vogliono allontanarsi, avendone subito e disprezzato l'inadeguatezza. Qualche volta hanno vissuto questa dimensione come testimoni di un criticismo verso una sorella.

Non si può dire che soffrano di una bassa autostima, anzi il problema della terapia con loro diventerà proprio quello di poter vedere/accettare dei propri limiti.

In questi casi non si può parlare nemmeno di significative trascuratezze dei genitori, piuttosto una modalità "mimata" di allevamento (Cirillo et al. 1996), sono spesso un po' principessine a cui viene indicato un ideale narcisista. Infatti avere almeno uno dei due genitori come modello narcisista è ingrediente essenziale per questo sottotipo di anoressia restrittiva autarchica ad alto funzionamento.

Ripensando al nostro libro del 1998 (Selvini Palazzoli et al.) crediamo di aver in passato teso a vedere molti padri come carenzati, autarchici, ossessivi, ma sottovalutando i loro importanti tratti narcisisti (nel senso che presentano un deficit empatico e un'incapacità autocritica).

Commento al ruolo familiare di sostegno

Crediamo sia una constatazione molto importante la rarità di un'aperta parentificazione (inversione dei ruoli) o di un rapporto molto solidale paritario, pur in presenza di significativi problemi in una larghissima maggioranza di queste famiglie (29 su 34). Pare proprio che ci sia un nesso importante tra l'anoressia restrittiva e il "blocco" di quello che dovrebbe esser la naturale empatia di un figlio verso le difficoltà dei suoi genitori. Insomma paiono proprio essere delle "cattive" ragazze che però sono contemporaneamente "buonissime"!

È questa una complessa ambivalenza che pare caratterizzarle, infatti mancano tra queste pazienti quasi totalmente i due classici estremi: quello delle ragazze davvero "cattive", cioè egocentriche, menefreghiste, piene solo di sé e delle loro richieste (cioè narcisiste, istrioniche o antisociali). Solo 3 casi infatti paiono avvicinarsi in parte a questo modello. Così come mancano quelle dell'estremo opposto, dell'eccesso di empatia, troppo buone, sacrificali, dedite agli altri. È la compiacenza a caratterizzare queste ragazze, come è stato ampiamente descritto già da Hilde Bruch e Mara Selvini Palazzoli, una compiacenza tuttavia bloccata, abortita, implosa.

Forse non è un caso che i classici paradossi del tipo: “Il tuo digiuno è un sacrificio per aiutare la tua famiglia” abbiano funzionato proprio e soprattutto con queste pazienti (Selvini Palazzoli et al. 1998) in quanto, toccando un nodo fondamentale della personalità e del sistema, facevano scattare la reazione alla sfida.

Dal punto di vista relazionale possiamo ipotizzare infatti la messa in scena di una sorta di “doppio messaggio” attraverso il quale i familiari da un lato sollecitano, soprattutto implicitamente, un aiuto (perché di fatto sono nei guai), ma dall’altro negano di averne bisogno, lo scoraggiano, non lo premiano con la riconoscenza e l’affetto. E questo probabilmente anche in quei pochi casi di “cuoricini d’oro della mamma” cioè quando la dimensione dell’aiuto alla famiglia diventa maggiormente concreta ed evidente, ad esempio nell’ascolto di lunghi sfoghi e lamentele materne.

Lo stile familiare trova così, nella personalità delle ragazze, nella stragrande maggioranza dei casi, la strada di compromesso dell’autarchia (non chiedere aiuto), del non pesare, dell’essere perfetta. E questo spesso in polarizzazione e contrapposizione, di solito implicita, con un familiare che è invece nel ruolo di essere pesante, problematico, richiedente. L’alleanza cooperativa della paziente con uno o entrambi i genitori non c’è, sostituita spesso da qualche forma di silenziosa intesa e complicità con un genitore contro l’altro. L’inversione dei ruoli resta contraddittoria, parziale, oscillante nel tempo. Infatti se davvero la futura paziente diventasse quel “bambino dotato” di cui parla la Miller, cioè capace di farsi carico di un sostegno ai propri familiari, questo produrrebbe un basilare sentimento di competenza che impedirebbe l’insorgere dell’anoressia restrittiva, per favorire casomai altri orizzonti esistenziali, come quello a volte della scelta della professione di psicoterapeuta!

L’anoressica restrittiva riceve dunque un messaggio contraddittorio: “Sei bravissima, eccezionale” ed insieme: “Non ho bisogno di te”. Di qui una fondamentale discontinuità della sua personalità tra alta/bassa autostima e tra tratti autarchici e dipendenti. Il disturbo anoressico stesso combina la ribellione con il conformismo (Gordon 1990).

Bibliografia

- Attili, G., Di Pentima, L., Magnani, M. (2004), "Disturbi del comportamento alimentare, modelli mentali dell'attaccamento e relazioni familiari", *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, VIII, 1 69-96.
- Bruch, H. (1978), *The golden cage: the enigma of the anorexia nervosa*, Harvard University Press (trad. it.: *La gabbia d'oro. L'enigma dell'anoressia mentale*. Feltrinelli 1983).
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., Mazza, R. (1996), *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Gordon, R.A. (1990), *Anorexia and Bulimia: Anatomy of a Social Epidemic*. New York: Blackwell (trad. it.: *Anoressia e bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1991).
- Miller, A. (1979), *Das Drama des begabten Kindes*, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, (trad. it.: *Il dramma del bambino dotato e la ricerca del vero sé*. Bollati Boringhieri, Torino 1985).
- Selvini Palazzoli, M., (1963) *L'anoressia mentale*, Nuova edizione riveduta Raffaello Cortina Editore Milano 2006.
- Selvini Palazzoli, M. et al., (1998) *Ragazze anoressiche e bulimiche*, Raffaello Cortina Milano.